

Année : 1966

N° 27

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 1966

par

COUDERT André, Julien

né le 19 octobre 1934, à Clermont-Ferrand (P.-de-D.)

Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Licencié ès Sciences

Réflexions sur la conduite suicidaire des adolescentes

Président : M. POROT, Professeur

Membres du Jury : { MM. POMMÉ, Professeur honoraire.
CUVELIER, Professeur.
DASTUGUE, Professeur.
TOURNILHAC, Professeur agrégé.

IMPRIMERIE AYMARD
PONT - DU - CHATEAU
1966



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année : 1966

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 16 juin 1966

par

COUDERT André, Julien

né le 19 octobre 1934, à Clermont-Ferrand (P.-de-D.)

Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Licencié ès Sciences

Réflexions sur la conduite suicidaire des adolescentes

Président : M. POROT, Professeur

Membres du Jury : { MM. POMMÉ, Professeur honoraire.
CUVELIER, Professeur.
DASTUGE, Professeur.
TOURNILHAC, Professeur agrégé.

IMPRIMERIE AYMARD
PONT - DU - CHATEAU
1966



UNIVERSITE DE CLERMONT-FERRAND

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen :

G. MEYNIEL

Directeur honoraire :

M. MERLE

Assesseur :

M. COULET

Professeurs honoraires

Mme BLANQUET,
M. BUREAU,
M. FOURNIER,
M. GAUTHIER.
M. POMMÉ

I. — *Professeurs titulaires*

MM. BARRIER, Clinique chirurgicale A.
BASTIDE, Chimie biologique et Pharmacodynamie.
BAUDON, Clinique obstétricale.
BERGERON, Pathologie médicale.
COULET, Botanique et Microbiologie.
CUVELIER, Hydrologie et climatologie.
DASTUGUE, Chimie biologique et pharmacodynamie.
DAUPHIN, Chimie pharmaceutique et toxicologie.
FEBVRE, Pharmacie Galénique.
GRAS, Thérapeutique.
JACQUEMET, Technique chirurgicale.
LATAIX Pathologie chirurgicale.
MEYNIEL, Biophysique médicale.
MOLINA, Clinique pneumo-phtisiologique.
PETIT, Médecine légale et médecine sociale.
POROT, Clinique Neurologique et Psychiatrique.
POURRAT, Matière médicale.
ROUHER, Clinique ophtalmologique.
TERRASSE, Clinique médicale B.
THIEBLot, Physiologie.
TRONCHE, Pharmacie chimique.
TURCHINI, Histologie et embryologie.
VAURS, Bactériologie et hygiène.
WILLEMIN-CLOG, Clinique médicale infantile.

II. — *Professeurs à titre personnel*

- MM. THOMAS, Oto-Rhino-Laryngologie.
VIALLET, Electro-Radiologie.

III. — *Professeurs sans chaire*

- MM. BERGER, Chimie analytique.
DUCHENE-MARULLAZ, Physiologie.
GERMAIN, Clinique chirurgicale B.

IV. — *Maîtres de Conférences agrégés*

- MM. ALFIERI, Physique médicale.
BOSSY, Anatomie.
Mle CHATONIER, Chimie minérale et minéralogie.
M. CLUZEL, Bactériologie.
DELAGÉ, Anatomie pathologique.
Mmes GAILLARD, Physique pharmaceutique.
MOINADE, Médecine générale et thérapeutique.
M. PIGNIDE, Médecine générale.
Mme POURRAT, Botanique
M. VENRIES DE LAGUILLAUMIE, Anatomie pathologique.

V. — *Agrégés*

- MM. CHAMPEIX, Médecine légale et Médecine du travail.
FOURRIER, Orthopédie.
HOUDARD, Chirurgie générale.
JALLUT, Médecine générale.
JANNY, Neuro-Chirurgie.
MENUT, Pédiatrie et puériculture.
MERCIER, Chirurgie générale.
Mle RAMPON, Médecine générale.
MM. RENARD, Pneumo-phthisiologie.
TOURNILHAC, Neurologie et psychiatrie.

Attaché principal : M. BERTHON.

Bibliothécaire universitaire : M. ARCHIMBAUD.

La Faculté décide que les opinions émises dans les travaux et mémoires présentées à l'occasion d'une soutenance de thèse de Doctorat en Médecine ou en Pharmacie, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner, ni approbation ni improbation. (Délibération en date du 6 juin 1956).

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur POROT

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier des Palmes Académiques.

Durant nos années d'Internat, sous son autorité bienveillante, nous avons pu admirer la rigueur et la précision de sa pensée.

Sa vaste culture et son esprit de synthèse rehaussent les qualités didactiques de son enseignement.

Mais, plus encore, c'est dans le travail de tous les jours, à ses côtés que nous avons pu découvrir la fécondité du dialogue Médecin-Malade où l'homme qui souffre n'est plus un étranger ni un organisme, mais un être d'échanges.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur POMMÉ

Ancien Professeur agrégé du Val-de-Grâce,
Professeur Honoraire de Clinique Neurologique et Psychiatrique,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Médaille Militaire,
Officier des Palmes Académiques,
Officier de la Santé Publique,
Croix de Guerre.

*C'est lui qui nous a ouvert la voie de la Neuro-Psychiatrie,
car son influence fut déterminante pour notre orientation.*

*Il nous a montré que la patience est une forme d'espoir et
la simplicité un bien de ce monde.*

*Sa modestie, sa grande bonté, sa profonde connaissance de
l'âme humaine jointe à ses qualités de clinicien font de lui
un maître prestigieux.*

Monsieur le Professeur CUVELIER

Professeur d'Hydrologie et Climatologie,
Ancien Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Clermont-Fd,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Commandeur des Palmes Académiques,
Chevalier de la Santé Publique.

*Auprès de lui nous avons senti à quel point toute science
médicale est aussi un art.*

*Cette apparente facilité et ces brillantes qualités cliniques
sont dues à une pensée déliée, pleine de nuances, mais aussi
riche de chaleur humaine.*

*Grâce à sa profonde connaissance des maladies métaboliques,
il nous a montré que l'équilibre général de l'individu dépend
aussi de son équilibre humoral.*

Monsieur le Professeur DASTUGUE

Professeur de Biochimie Médicale,
Docteur en Médecine et en Pharmacie,
Docteur ès Sciences,
Lauréat de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Commandeur de la Santé Publique,
Officier des Palmes Académiques.

Dès nos premières années de médecine nous avons apprécié les qualités du Biochimiste et du Médecin.

Il a su donner à ses étudiants le goût du travail bien fait et par son dynamisme et son entrain rappeler que l'humour aide à surmonter bien des difficultés.

Enfin ce n'est pas son moindre mérite que de nous avoir appris la permanence du fait biologique dans l'unité de l'être humain.

Monsieur le Professeur agrégé TOURNILHAC

Agrégé de Neurologie et Psychiatrie,
Médecin-Assistant des Hôpitaux.

En bénéficiant de son enseignement où les plus fines nuances sémiologiques sont mises en valeur, nous avons pu admirer la clarté de son esprit.

En le suivant dans ses visites, au lit du malade, ce sont ses talents de clinicien qui nous ont séduits.

Et au fil des jours, ce sont ses qualités d'homme que nous avons découvertes.

A Messieurs les Docteurs

Roger PLANCHE

Jean GIBERT

Jacques GIRARD

Ils ont bien voulu guider nos premiers pas dans les difficultés de la Neuro-Psychiatrie en nous offrant leur amical soutien.

Leurs qualités d'intelligence et de travail sont pour nous un exemple quotidien.

Et chacun d'eux avec son originalité propre a été un aîné compréhensif aux conseils pertinents.

A Madame le Docteur JEAN

A Monsieur COLLET, Psychologue

Leur aide nous a été précieuse tant dans la rédaction que dans l'étude des observations.

Nous avons senti, grâce à leur collaboration, à quel point peut être fructueux le travail d'une équipe unie par l'amitié.

A MES CAMARADES D'INTERNAT ET D'EXTERNAT

Le meurtre de soi-même a lieu dans des circonstances si opposées, il est déterminé par des motifs si divers qu'on ne peut le confondre sous une même dénomination. Quelque variés que soient les motifs et les circonstances qui font prodiguer la vie et braver la mort, presque toujours ils exaltent l'imagination, ou pour un bien plus précieux que le vivre, ou pour un mal plus redoutable que le mourir.

ESQUIROL

(in *Du Suicide*)

1821

PROBLEMES SOULEVES PAR LE SUICIDE

- I. - SUICIDE, CONDUITE SUICIDAIRE
ET EQUIVALENTS DU SUICIDE.
- II. - CONSIDERATIONS GENERALES.
 - A. — LES CAUSES DU SUICIDE.
 - B. — SUICIDE ET MALADIE MENTALE.
 - C. — L'ILLUSION STATISTIQUE.

I. — SUICIDE, CONDUITE SUICIDAIRE ET EQUIVALENTS DU SUICIDE

Si l'on se réfère à l'étymologie, le suicide est « le meurtre de soi », du latin « sui coedere ». Ce terme apparaît pour la première fois sous la plume de l'abbé Desfontaines en 1787.

Cette définition très large permet d'envisager le suicide sous des angles divers. Durkheim apporte plus de précisions : « On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat. »

C'est donc une action violente accomplie par le sujet contre lui-même. Ce peut aussi bien être la conséquence de passivité, d'un refus d'agir pour assurer la survie, voire d'une attitude, d'une destruction lente de l'organisme sans participation active.

Mais cette agressivité tournée contre soi déborde les limites corporelles du sujet. C'est une part de lui-même qu'il veut détruire, à travers la destruction de son corps. Le ton de la lettre laissée parfois à l'entourage ou à un être lié affectivement au sujet est là pour souligner l'aspect « langage » de l'acte. Le suicide est un cri d'appel en même temps qu'une destruction. C'est ce qui montre que le suicide, tout en ayant la mort pour fin, conserve le sens d'un geste éminemment vital, puisqu'il s'intègre dans un schéma de communication avec autrui, voire même de communion.

Cet aspect du suicide est confirmé par l'interprétation psychanalytique qui en fait une recherche de la sécurité originelle du sein maternel et la fusion à « l'objet d'amour » intériorisé (J. Nacht et J.-L. Courchet).

La conduite suicidaire

Le terme de « conduite suicidaire », qui réunit un certain nombre de comportements, paraît heureusement choisi, car à la limite, la conduite suicidaire peut aboutir au suicide lui-même donc à la mort.

La conduite suicidaire est donc un mode de comportement où l'idée de suicide est toujours présente. Ce comportement peut revêtir tour à tour plusieurs aspects.

La tentative de suicide

C'est un acte incomplet qui ne s'est pas terminé par la mort. D'un certain point de vue, ce peut être un échec, un « suicide raté », mais cet acte peut prendre une toute autre signification ainsi que nous le verrons au cours de notre étude.

La velléité de suicide

C'est en quelque sorte une tentative de suicide à l'état potentiel, soit qu'elle reste sur le plan verbal du fait du comportement même du sujet soit que la surveillance rigoureuse de l'entourage interdise tout passage à l'acte. C'est un état dangereux, le malade peut à tout instant tromper la surveillance dont il fait l'objet.

L'idée de suicide

Elle n'est que la virtualité de l'acte. Bien qu'il soit un peu paradoxal de classer l'idée du suicide dans un comportement, elle y trouve sa place du fait de son origine pulsionnelle : c'est le même désir de se donner la mort qui est présent dans tous les cas.

Les équivalents du suicide

Ce sont également des attitudes qui peuvent tout aussi bien conduire à la mort avec l'assentiment du sujet sans que ce dernier participe activement au processus destructeur. C'est en quelque sorte un geste négatif « en creux » : refus de traitement par exemple, persistance d'une toxicomanie au cours de laquelle le sujet, averti du danger que représente son comportement persiste dans son attitude.

Il existe même nous semble-t-il certains modes de suicide que l'on pourrait appeler « suicides de la personne sociale ». Propres à l'adolescent ou à l'adolescente ils consistent à détruire en soi l'idée que l'on se fait d'un groupe social donné, en général celui auquel on appartient, ou plutôt auquel les parents appartiennent. C'est la jeune fille de famille qui se prostitue ouvertement ou l'adolescent qui s'affirme dans un comportement de délinquant où la révolte ne sert qu'à justifier sa soif de destruction de lui-même.

L'attitude suicidaire de la personne sociale entraîne également de fréquentes conduites d'identification de la part de sujets plus jeunes ou plus immatures envers les aînés et peut aller jusqu'à des conduites de groupe. Les personnalités les plus fortes, celles justement qui déterminent des conduites d'imitation des autres « s'en tireront », du fait d'une maturité qui se fera peu à peu. Par contre les plus fragiles, déçues d'abord, de plus en plus angoissées par la suite ne pourront plus s'intégrer dans le groupe social et chercheront à terminer par un suicide, la destruction commencée, de la « personne sociale ». Une crise d'adolescence peut ainsi tourner en drame du fait de la fragilité du sujet.

Suicide rituel, suicide « métaphysique »

C'est volontairement que nous laissons de côté les suicides rituels ou sacrificiels. C'est un aspect fort intéressant de ce sujet mais qui dépasse les limites de notre travail.

Remarquons pour n'y plus revenir que l'étude du suicide ne se limite pas « aux personnes qui se donnent la mort ». C'est un des aspects de l'expression particulière du dialogue singulier qui s'établit en chaque être humain, entre la vie et la mort et que nul ne peut éluder sous peine de ne pouvoir se définir lui-même.

La notion du suicide, par une concrétisation violente de ce dialogue, remet en question l'inquiétude et l'interrogation de chacun.

Le problème philosophique du « suicide métaphysique » sort également du cadre de notre travail. Il ne mobilise l'intérêt que pour être dépassé, car il n'est qu'un des aspects de l'homme face à sa propre vie.

II. — CONSIDERATIONS GENERALES

L'histoire d'un peuple comporte toujours la relation du suicide de personnages en vue. Ce suicide peut quelquefois même modifier le cours des événements.

Parfois, c'est la légende ou bien la position philosophique ou religieuse d'une civilisation qui éclaire le phénomène suicide d'un jour particulier. Il n'est pas toujours facile de déterminer dans la conduite, la part propre à l'individu et la part propre à la société.

Tour à tour, prôné par Demetrius, Zénon ou condamné par Pythagore, Socrate, il a suscité quelquefois de nobles incertitudes : Platon Ciceron.

Ce reflet terrestre de la voix populaire : la législation a varié selon les peuples ou les latitudes. Ici, autorisé par la loi, là toléré dans des circonstances déterminées, ailleurs condamné comme un crime, le suicide est finalement interdit par les lois modernes.

Esquirol, dans une fort pertinente étude sur le suicide rapporte que, d'après Plutarque le suicide régna épidémiquement à Millet et que les jeunes femmes et filles se pendaient à l'envi les unes les autres, parce que la guerre tenait les hommes éloignés.

Primerose assure que, de son temps, les femmes de Lyon, dégoûtées de la vie, se précipitaient en foule dans le Rhône, sans en préciser la cause.

Un ancien historien de Marseille dit que les jeunes filles de cette ville se tuaient à cause de l'inconstance de leurs amants.

A. — LES CAUSES DU SUICIDE

Déterminer les causes du suicide a tenté nombre de chercheurs et certaines données retrouvées d'une manière plus ou moins constante ont été mises en avant comme particulièrement déterminantes. Rappelons avec Deshaies qu'elles se peuvent classer en deux grandes catégories : les facteurs extrinsèques et les facteurs propres à l'individu.

1. — Les *facteurs extrinsèques*. Ils sont nombreux et variés.

— *L'état de l'atmosphère.*

On a cherché là une analogie possible avec les poussées congestives des tuberculeux ou l'angoisse des cardiaques. Les variations de la pression atmosphérique influent sur la régulation neuro-végétative : à l'hyperpression correspond la sympathicotonie, aux pressions basses la vagotonie.

Elargissant le débat, Mills en 1934, va jusqu'à opposer le pessimisme et la lassitude inhérents selon lui au tempérament constitutionnel des régions de basse pression, au tonus psychologique des zones géographiques plus favorisées.

Pourtant, Esquirol, discutant l'influence du fameux climat anglais, générateur de brouillards humides et de « spleens » brumeux, montre que le climat hollandais bien que plus humide encore, ne surcharge pas les statistiques en ce qui concerne le suicide.

Toutes les opinions se voient également au sujet du rôle des saisons : tour à tour, les équinoxes, l'humidité de l'atmosphère, l'abondance des pluies aussi bien que la chaleur solaire ont été incriminés.

— Les facteurs physiques.

Là aussi, en ce qui concerne la race ou le tempérament, tout a été dit, prouvé et démenti. Il semble bien que les Noirs se suicident autant que les sujets de race blanche, tout au moins aux Etats-Unis.

A propos des influences corporelles, la plus grande diversité d'opinions se rencontre, et Gall en cherchant les rapports entre la densité, l'épaisseur et la forme des os du crâne, n'a semble-t-il pas trouvé la bosse du suicide.

En fait, plutôt qu'à l'expertise d'un mort, il faut se livrer à l'étude d'un vivant et si, la puberté, la menstruation ou la ménopause interviennent, ce ne sont guère que des « occasions organiques » qui ne peuvent que s'inclure dans un schéma d'ensemble. Quant aux maladies physiques elles n'agissent qu'à titre de facteurs extrinsèques et montrent à quel point il faut se placer sur le plan psychologique et non sur un plan physiopathologique seulement.

— Les facteurs professionnels

Il n'y a pas de « professions à suicide ». Ce qui compte c'est ce qui se passe à l'échelon individuel.

L'élément « profession » représente l'indice d'une position individuelle en face d'un groupe. C'est aussi l'existence d'un mode relationnel particulier entre l'individu et le groupe : le travail. Il est à souligner que l'ère de la psychotechnique et de l'orientation professionnelle apporteront à l'avenir de précieux renseignements sur les rapports entre psychologie individuelle et psychologie de groupe. Les facteurs professionnels, lorsqu'ils sont invoqués, sont donc très discutables.

— Facteurs politiques, économiques ou religieux

C'est parmi les protestants et dans les pays nordiques que prédomine le suicide. Durkheim voit là, non pas l'influence du dogme mais celle de la structure de la société religieuse.

En ce qui concerne les phénomènes économiques et politiques les résultats sont vagues et difficilement interprétables. L'état d'anxiété collective propre aux crises économiques favorise le retentissement anxieux chez un sujet au psychisme perturbé. C'est l'insécurité du groupe qui réveille l'insécurité d'un sujet fragile.

— La densité sociale

Obligeant un plus grand nombre d'individus à vivre ensemble, la densité sociale augmente les chances de conflit. C'est là un facteur non négligeable.

La pathologie dite « des grands ensembles » est bien connue maintenant. L'aspect deshumanisé de ces fourmilières humaines n'est pas sans retentissement à l'échelon de l'individu.

2. — Les facteurs propres à l'individu

— Le caractère

Si l'on ne peut déterminer de caractère particulier il est inexact de dire que tous les types de caractère prédisposent au suicide.

En fait, là aussi il importe de bien préciser ce dont on veut parler : ce n'est pas l'aspect caractérologique qui intervient par lui-même, sinon peut-être dans le choix du mode de suicide, mais toute la structure de la personnalité.

C'est assez important pour justifier une « étude en profondeur » avec bilan psychologique pour déterminer sur le plan clinique une correspondance possible entre le suicide et un profil psychologique particulier.

— Les facteurs héréditaires

Depuis Voltaire qui rapporte un cas où le facteur héréditaire lui paraissait primordial, l'hérédité fut affirmée, confirmée puis niée.

Il est pourtant indéniable que le suicide est en rapport, dans certains cas, avec des facteurs héréditaires. Mais, c'est plus une disposition liée à l'héritage que l'héritage d'une disposition. « L'hérédité incline mais n'oblige pas » (M. Porot).

En prenant par contre l'aspect d'un drame de famille, il peut fortement impressionner une personnalité fragile affectivement, tel un enfant et entraîner par ce moyen des conséquences plus ou moins déterminantes par la suite.

— Le choix du moyen

Il peut être imposé, suggéré ou délibéré. C'est la tradition sociale qui impose le hara-kiri aux Samourais, c'est la coutume qui taxe d'infamie le suicide par pendaison, au Moyen Age. C'est l'aspect religieux qui donne à cette même pendaison un caractère sacré dans certaines civilisations.

Il n'est pas jusqu'à la mode qui n'intervienne enfin et c'est un argument non négligeable. Les barbituriques sont incontestablement à la mode. C'est le suicidant lui-même après une tentative ratée qui avoue avoir eu recours à ce mode d'imitation.

Deux éléments paraissent déterminants :

- *La facilité d'exécution* : armes sous la main, outil professionnel de manie-ment facile ou bien connu du sujet. Les procédés les plus simples sont souvent les plus universels.

- *L'efficacité du moyen*. Elle intervient si le sujet a réfléchi jusqu'à un certain degré, fonction de son degré de sincérité. Dans la conduite suicidaire plusieurs influences peuvent se faire sentir depuis une représentation théâtrale, dramatique jusqu'au puérilisme romantique le plus évident.

Enfin il existe de nombreuses manières plus ou moins bizarres de se suicider. Paul Moreau, de Tours, en fit une collection d'étrangetés.

B. — SUICIDE ET MALADIE MENTALE

La conduite suicidaire révèle-t-elle toujours une affection psychiatrique, est-elle un élément d'évolution ou d'aggravation d'une maladie mentale particulière ?

Plus précisément, chez l'adolescent, relève-t-elle d'une sémiologie particulière, ou bien appartient-elle à un chapitre de psychiatrie classique ? Enfin, s'il y a des corrélations organiques, dans quelle mesure sont-elles déterminantes dans la conduite suicidaire ?

Autant d'inconnues que nous devons nous efforcer de préciser.

Si schématiquement on classe les suicides en deux groupes, ceux qui relèvent d'une affection psychiatrique et ceux qui sont en rapport avec des difficultés psychologiques, il n'est souvent pas facile de s'orienter sur le plan clinique. D'autant qu'à la lumière de la psychanalyse, nombre de réactions appartiennent en même temps à l'un et l'autre groupes et les intrications psychopathologiques sont fort nombreuses.

En effet, longtemps régna le dogme selon lequel tout comportement suicidaire s'intégrait automatiquement dans le cadre d'une manifestation psychiatrique. Rappelons pour mémoire les affections psychiatriques au cours desquelles un malade peut essayer d'attenter à ses jours :

— Au cours d'un *état dépressif*, quelle que soit son étiologie : réactionnel, névrotique et surtout mélancolique.

— Dans la *schizophrénie*, la tentative apparaît au sein d'un raptus anxieux : véritable besoin impérieux de mourir, que ce soit pendant une phase d'aggravation de la maladie, ou lors de la réadaptation sociale d'un schizophrène bien stabilisé.

— Lors des *délires chroniques*, il serait plus fréquent de trouver des suicides, que lors des *états confuso-oniriques*.

— Au cours des *névroses* enfin la conduite suicidaire n'est pas rare. Ce comportement signe une aggravation de l'évolution névrotique, c'est un « passage à l'acte » qui invite à la prudence, en cours de psychothérapie lors de la reviviscence d'affects anciens.

Il est enfin des cas où l'on ne trouve aucune affection psychiatrique caractérisée, et où les problèmes psychologiques seuls ont l'air d'intervenir.

Les statistiques donnent des résultats variables et leurs auteurs s'accordent à reconnaître en général trois affections psychiatriques caractérisées, pour un cas ne présentant pas de troubles patents. (J. Besançon, H. Péquignot et E. de Paillerets.) Mais c'est surtout chez les sujets jeunes que les causes psychiatriques sont rares : 10 % des cas dans une statistique de de Launay et Col, ainsi que Gaultier, E. Fournier et A. Gorceix.

Le sujet d'âge mûr se suiciderait donc au cours d'une maladie mentale, et le sujet jeune pour des difficultés psychologiques ? C'est ce que nous essayerons de déterminer.

C. — L'ILLUSION STATISTIQUE

Le premier obstacle rencontré dans une telle étude est l'impossibilité d'établir une statistique valable : on s'accorde pour admettre que le suicide des adolescents est beaucoup plus fréquent de nos jours qu'autrefois, et particulièrement celui des filles. L'Institut National de Statistiques indique que, chez l'adolescent, le suicide fait aujourd'hui autant de morts que la tuberculose. Il y en aurait eu, ces cinq dernières années autant que pendant les vingt précédentes (Ouillon).

Il est pourtant risqué d'avancer, sur cette recrudescence, des chiffres très précis pour les raisons suivantes : seul un petit nombre de désirs de suicide se transforme en tentatives ; toutes les tentatives ne réussissent pas, et pour des rai-

sons de convenance sociale sont dissimulées par les familles dans la mesure du possible : certains décès même, ne sont pas, pour des raisons identiques, rapportés à leur vraie cause ; parmi les tentatives de suicide patentes, réussies ou non, combien parviennent à la connaissance d'un centre, d'un médecin ou d'un psychologue susceptible de s'y intéresser et d'en étudier les conditions et les motivations ? Et qui a jamais pu établir une synthèse des renseignements qui ont pu ainsi être recueillis par les uns comme par les autres ?

Si un tel rassemblement pouvait être fait, il serait pourtant sans grande valeur si l'on ne peut le comparer à des chiffres et à des groupes sociaux de référence et de contrôle (nombre total d'habitants, plus spécialement d'adolescents, entre tel et tel âge, nombre de suicides et de tentatives chez l'adulte, etc...).

Une telle synthèse chiffrée et comparée serait-elle faite, qu'en ce qui nous concerne, nous ne pourrions en tirer des conclusions utiles. Une tentative de suicide, réussie ou non, n'est jamais qu'un symptôme ; or, c'est l'étiologie de ce symptôme qui nous intéresse. A la limite, on pourrait dire que certains désirs de suicide sont aussi importants pour une telle étude que de véritables tentatives, couronnées ou non d'un tragique succès.

De toutes façons les travaux portant sur ce sujet ne concernent en général qu'un nombre de cas insuffisant pour qu'on soit autorisé à en tirer des chiffres précis. On est un peu étonné, par exemple, de lire dans un travail antérieur, que, chez 57 adolescents, la cause du suicide était un conflit familial dans 36,84 % des cas, une déception amoureuse dans 7,02 %, un drame personnel vécu dans 1,75 %, etc...

On ne peut guère parler que « d'illusion statistique » devant les résultats par trop disparates qu'il faut essayer d'associer les uns aux autres, il est certainement, actuellement plus profitable de prendre le problème par le biais de l'individu et d'examiner la personnalité même des suicidaires prises une à une. C'est ce que nous nous sommes proposés de faire dans cette étude.

PROBLEMES SOULEVES PAR LES SUICIDAIRES

- I. - LE SUICIDE DE L'ADOLESCENT.
- II. - LES SUICIDAIRES.
- III. - LE BILAN CLINIQUE.
- IV. - RESUME DES OBSERVATIONS.

I. — LE SUICIDE DE L'ADOLESCENT

Des études sur le suicide des adolescents paraissent depuis deux ans à une cadence tous les jours accélérée. La raison peut en être trouvée dans la fréquence croissante, elle aussi, de ces tentatives, réussies ou non. Mais on peut noter également que, jusqu'à ces derniers temps, toutes les études faites sur ce problème rangeaient les tentatives de suicide en deux groupes : celui des adultes, d'une part, et celui des enfants et des adolescents, d'autre part. En réalité, nous pensons qu'il faut scinder ce dernier groupe pour en créer un troisième, autonome, celui des adolescents, qui a des traits très spécifiques.

Comment s'explique cette fréquence insolite à cet âge ? Il est devenu banal de dire que l'adolescence est, socialement parlant, une création récente. Le jeune devenait autrefois un adulte en un temps si court qu'il fallait parfois une cérémonie d'initiation assez solennelle pour en marquer la date. L'évolution des techniques, les exigences sociales imposent une qualification de plus en plus poussée, généralement obtenue au prix d'un prolongement de la scolarité et de tous les apprentissages. *Le décalage s'accroît chaque jour entre la maturité physiologique et la maturité sociale.*

On a souvent mis l'époque en accusation, non sans raison. Une société qui se « destructure » ne saurait en effet offrir une aide ou un appui à une adolescente qui ne parvient pas à constituer sa personnalité. Mais le problème n'est pas nouveau, malgré les apparences. Esquirol, encore, y faisait allusion, dès 1838, à propos des causes favorisant le suicide. « Lorsqu'il s'est opéré un grand changement intellectuel et moral dans la société, ce changement influe sur la marche des idées et sur les conditions de l'existence. Le dévergondage de l'esprit se révèle non seulement dans les écrits futiles, dans les romans, mais encore dans les productions d'un ordre plus élevé. Quand le théâtre n'offre que les triomphes du crime et les malheurs de la vertu ; quand les livres mis à la portée de tout le monde par leur bas prix ne contiennent que des déclarations contre les croyances, contre les liens de famille, contre les devoirs de la société, ils inspirent le dédain pour la vie ; le suicide doit se multiplier. »

Il serait trop facile de s'en tenir à cette condamnation, peut-être légitime, mais certainement platonique et sans intérêt pratique, des conditions sociales actuelles et il vaut mieux essayer de chercher plus loin.

II. — LES SUICIDAIRES

Toute tentative de suicide pose un problème d'urgence psychiatrique par excellence et mérite à ce titre une étude approfondie. Nous avons donc proposé

une étude analytique détaillée portant sur 36 jeunes filles ou jeunes femmes hospitalisées pour tentatives de suicide dans le service de neuro-psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand.

Origine géographique

Ces jeunes filles proviennent d'une région mal limitée du centre de la France, surtout de l'Allier et du Puy-de-Dôme.

Modalités d'admission

Elles ont toutes été hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide. Elles ont été admises le plus souvent après un séjour dans un service spécialisé, lorsqu'il y avait eu un problème grave de réanimation. Les adolescentes venues des départements voisins avaient reçu les soins nécessités par leur état dans les centres hospitaliers ou les cliniques les plus proches de leurs domiciles.

Quoiqu'il en soit, elles ont été admises, au plus tard trois ou quatre jours après leur tentative, surtout dans les cas les plus graves, ayant entraîné un coma prolongé.

Dans le cas d'une tentative mineure, elles étaient hospitalisées presque sur-le-champ. Il s'ensuit qu'elles ont été suivies dès le retour de la conscience dans les formes sévères et tout de suite après la tentative dans les formes mineures.

Age

Les âges sont étalés de 16 à 24 ans avec un maximum entre 16 et 20 ans (plus de la moitié), 3 d'entre elles sont, ou mariées, ou mères de famille, mais nous verrons que l'aspect psychologique de leur personnalité fait d'elles de véritables adolescentes tout aussi immatures que les autres, l'examen clinique et psychologique montrant bien que c'est seulement l'état civil qui leur donne rang d'adulte.

III. — LE BILAN CLINIQUE

A. — L'INTERROGATOIRE

C'est le temps médical le plus délicat à mener et le plus lourd de conséquences. Tout d'abord il ne faut pas oublier que l'on a affaire à un sujet fragile sur tous les plans.

Sur le plan de l'âge, indépendamment de la tentative, quelle adolescente n'est pas un être fragile ?

Sur le plan somatique, elles se réveillent d'un coma toxique ou ont subi un traitement médical souvent éprouvant.

Sur le plan psychologique : l'adolescente vient de vivre l'expérience de la mort plus ou moins souhaitée, peut-être, mais vécue tout de même.

Sur le plan social, tenter de se suicider signifie que l'on a enfreint une loi morale en rapport avec un « tabou » de la société. Il en naît une culpabilité plus ou moins importante.

B. — LA TENTATIVE

Plus qu'à rechercher le degré de sincérité en fonction du choix du moyen, il paraît intéressant de déterminer pourquoi ce moyen particulier a été choisi.

L'étude des motivations est déjà révélatrice de la personnalité. Il faut aussi et surtout bien faire préciser par le sujet ce que représentait pour lui le mode de suicide auquel il a eu recours.

Tout ce qui concerne les circonstances de la tentative revêt une importance majeure : non seulement le lieu mais le moment, ou l'heure de la journée, peuvent jouer un rôle plus ou moins déterminant dans la décision de la malade.

Quelquefois la tentative est précédée d'un certain nombre de manifestations qu'il faut interpréter comme un appel à autrui beaucoup plus conscient que ne l'est la tentative elle-même : qu'il s'agisse d'une dernière lettre adressée à un être cher ou de menaces envers l'entourage et la famille. Par leur spontanéité même, ces manifestations expriment souvent la profonde détresse inconsciente des candidats au suicide.

C'est d'ailleurs ce besoin de communiquer avec autrui, cet ultime message à l'Autre qui loin d'être un gage de l'inauthenticité de l'acte souligne la profonde ambiguïté inhérente à tout désir de mort.

C. — LES MOTIFS INVOQUES

Ce qui les caractérise presque toujours, c'est leur futilité. Ces jeunes filles font une tentative à la suite d'une banale dispute avec un membre de leur famille, alors que d'autres discussions bien plus violentes ont été sans conséquences. Une petite contrariété apparaîtra brusquement comme intolérable et obligera le sujet à prendre une funeste décision sans autre forme de procès. Il arrive bien quelquefois que la profonde détresse dans laquelle se trouve l'adolescente paraisse justifier un tel comportement, mais c'est l'exception.

En fait, nous verrons que la banalité des motifs s'intègre dans le cadre d'une profonde perturbation de la personnalité. *La moindre contrariété peut entraîner des conséquences absolument imprévisibles et ce n'est pas là le moindre danger présenté par ces jeunes malades.*

D. — LES ANTECEDENTS

Il faut s'attacher à rechercher parmi les parents, les proches, les collatéraux, des perturbations du comportement qui ont pu essentiellement traumatiser cette jeune personnalité ; car on sait la valeur d'identification que peut entraîner un geste suicidaire.

Ces données permettront d'envisager le contexte socio-familial et de reconstruire « l'environnement » de la malade. On étudie tout le passé somatique et psychologique et les autres tentatives antérieures éventuelles font l'objet d'une enquête soignée.

S'il est possible de voir les frères, sœurs ou camarades, ils sont interrogés dans les jours qui suivent. Quelquefois une lettre a été écrite à un membre de la famille pour expliquer le geste ou pour permettre une intervention rapide avant une issue fatale. Tout ceci est évidemment très précieux.

E. — LES ENTRETIENS

Ils ont lieu ensuite progressivement au fur et à mesure de la disponibilité du sujet. Quelquefois on se borne, au début, à un simple examen somatique, car les premiers jours d'hospitalisation sont souvent marqués par une phase de repliement, d'hostilité même quelquefois due à la culpabilité qui suit l'échec du suicide. Cette réaction ne tient jamais très longtemps et dès que la jeune fille perçoit à travers la mentalité bienveillante de l'entourage un climat de confiance les difficultés du début s'évanouissent.

Déjà la façon de narrer l'« évènement » est révélatrice en soi. Tout peut se voir depuis la crise de larmes libératrice, la bouderie réticente jusqu'à la fausse réaction indifférente, voire le défi avec revendication de l'acte « assumé » par la malade.

Cette phase modifie déjà le rapport médecin-malade qui n'est plus sur le plan de la neutralité. Une quiétude fait suite à l'insécurité du début et telle adolescente repliée et sur la défensive à l'entrée change du tout au tout. En effet « on s'occupe d'elle, elle n'est plus seule » tout au moins momentanément.

Quelquefois un petit traitement chimiothérapique permet de passer le cap des premiers jours ; des anxiolytiques et des anti-dépresseurs à doses filées aident à l'ajustement de la personnalité après le choc somatique et affectif de la tentative.

IV. — RESUME DES OBSERVATIONS

Nous résumons les principales caractéristiques de nos observations dans les tableaux suivants :

N°	Nom	Age	Fratrie	Milieu familial	Antécédents	Niveau intellectuel	Tentative
1	Denise 64-287	16	6 ^e de 7	Père décédé d'un cancer. Mère inexistante et sans autorité.	0	Moyen	2 ^e tentative Trichlorithylène.
2	Eliane 64-903	18	1 ^e de 5	Foyer qui n'est qu'apparent. Parents sans affection pour les enfants.	0	Bon	Première tentative Section des veines du poignet.
3	Marie-Thérèse 64-1431	17	3 ^e de 5	Père alcoolique, violent. Mère inexistante Milieu très défavorable	0	Bon	Première tentative Barbituriques + Théralène
4	Henriette 63-1949	18	5 ^e de 14	Milieu très pauvre. Père éthylique. Mère épuisée par ses grossesses.	Troubles caractériels	Très moyen	Première tentative Barbituriques + gaz d'éclairage.
5	Catherine 64-248	17	2 ^e de 2	Bon milieu familial.	1 épisode dépressif	Très bon	Première tentative En refait deux autres par pendaison.
6	Marie-Bernadette 65-265	17	2 ^e de 2	Père éthylique. Mère inexistante. Foyer déplorable.	0	Très bon	2 ^e tentative Section des veines du poignet.
7	Nicole	24	Enfant unique	Aucune autorité de la part des parents.	Se marie « sur un coup de tête » 1 enfant	Moyen	Première tentative Barbituriques.
8	Michèle 65-968	19	Enfant abandonnée	Abandonnée par ses parents. Milieux adoptifs divers peu gratifiants.	0	Bon	3 ^e tentative Barbituriques.

N°	Nom	Age	Fratrie	Milieu familial	Antécédents	Niveau intellectuel	Tentative
9	Nicole 64-387	17	Enfant unique	Abandonnée par la mère à la naissance. Père remarié la confie aux grands-parents.	0	Bon	Première tentative Noyade.
10	Danielle 64-354	21	2 ^e de 2	Abandonnée par sa mère à 18 mois.	Mariée 1 enfant	Bon	Première tentative Barbituriques.
11	Annie 63-1942	17	Enfant unique	Mère mariée à un homme qui n'est pas son père - agressivité + + envers le père.	0	Bon	3 ^e tentative Barbituriques.
12	Eliane 63-1937	18	Enfant unique	Les parents se marient quand Eliane a 10 ans. Pas de foyer véritable.	0	Bon	Première tentative Etaphyline et Phénobarbital.
13	Geneviève 64-281	18		Père éthylique + + Mère indifférente.	Hospitalisée pour R.A.A. En préventorium à 15 ans	Bon	Première tentative Barbituriques.
14	Monique 66-319	17	Enfant unique	Née de père inconnu. Mère décédée. Mauvais milieux adoptifs.	0	Très bon	Première tentative Optalidon.
15	Gisèle 66-800	16	3 ^e de 3	Parents sans autorité.	0	Moyen	3 ^e tentative Doridène.
16	Myriam 65-1902	20	6 frères et sœurs	Peu d'autorité parentale.	Crises caractérielles Mariée, 1 enf.	Bon	Première tentative Barbituriques.

N°	Nom	Age	Fratrie	Milieu familial	Antécédents	Niveau intellectuel	Tentative
17	Nicole 65-1220	17	Enfant unique	Mère décédée. Enlevée au père (de moralité douteuse).	Anorexie mentale	Faible	3 ^e tentative Section des veines du poignet.
18	Christiane 66-730	16	2 frères et sœurs	Parents sans soucis éducatifs.	Ethylisme débutant	Faible	Première tentative Avalé des « comprimés » inconnus.
19	Claudette 64-1189	18	2 ^e de 2	Parents divorcés. Mère sans autorité.	0	Bon	Première tentative Barbituriques, Phénergan.
20	Monique 64-483	24	6 ^e de 6	Père décédé.	0	Moyen	Première tentative Barbituriques, Optalidon.
21	Christiane 64-1836	18	Enfant abandonnée	Parents inconnus. Milieux adoptifs peu gratifiants.	Enceinte à 17 ans Ne se marie pas	Très moyen	Première tentative Hypnotiques.
22	Josette 63-1312	18	3 ^e de 4	Père décédé. Mère peu autoritaire et peu affectueuse.	0	Moyen	Première tentative Barbituriques.
23	Josette 63-1637	18	4 ^e de 5	Père éthylique, s'est suicidé par pendaison. Mère remariée.	0	Bon	Première tentative Théralène.
24	Marie-Thérèse 65-819	17	Enfant unique	Abandonnée par sa mère. Recueillie par des parents adoptifs à la mort du père.	Séjour en préventorium	Bon	Première tentative Camphre + Tanin + Alcool.

N°	Nom	Age	Fratrie	Milieu familial	Antécédents	Niveau intellectuel	Tentative
25	Paulette 65-1383	20	5 ^e de 5	Père décédé. Mère remariée, très faible devant Paulette.	Polymytralite	Bon	Première tentative Barbituriques.
26	Marcelle 65-1402	21	5 ^e de 6	Foyer dissocié.	Mariée 2 enfants	Bon	Première tentative Phénergan.
27	Thérèse 63-787	21	Enfant unique	Foyer dissocié.	Trois grossesses en 3 ans	Bon	Première tentative Librium.
28	Marie- Claude 64-821	16	Enfant unique	Parents décédés. Bon milieu adoptif.	0	Bon	Première tentative Librium.
29	Juliette 64-439	23	3 ^e de 3	Milieu très défavorable de psycho- pathes.	Mariée	Bon	3 ^e tentative Se taillade les poignets.
30	Monique 63-1249	23	Enfant unique	Milieu dissocié : Mère remariée.	Traumatisme crânien	Bien moyen	Première tentative Barbituriques.
31	Françoise 64-805	18	Enfant unique	Parents éthyliques.	Enceinte à 17 ans	Très moyen	Première tentative Barbituriques.
32	Marielle 64-943	17	Enfant unique	Parents peu coopérants et dénués d'affection.	0	Bon	Première tentative Barbituriques.

N°	Nom	Age	Fratrie	Milieu familial	Antécédents	Niveau intellectuel	Tentative
33	Hélène 64-1967	20	1 ^e de 2	Père fait une tentative de suicide. Mère inexistante.	0	Fruste	Première tentative Barbituriques.
34	Michelle 63-1348	17	1 ^e de 2	Père éthylique. Mère sans autorité.	0	Bon	Première tentative Phénergan.
35	Chantal 63-1822	17	Enfant unique	Née de père inconnu.	0	Moyen	Première tentative Largactil.
36	Monique 63-1403	18	6 ^e de 9	Foyer dissocié.	0	Bon	3 ^e tentative Barbituriques.

DISCUSSION

LES ADOLESCENTES

- I. - L'AGE DES ADOLESCENTES - LA NOTION DE « PERIODE FECONDE ».
- II. - ADOLESCENCE ET ADOLESCENTES.
- III. - L'HEREDITE.
- IV. - LES CORRELATIONS ORGANIQUES.

I. — L'AGE DES ADOLESCENTES LA NOTION DE « PERIODE FECONDE »

Voici résumée, dans le tableau suivant, la fréquence des conduites suicidaires en fonction de l'âge chez les 36 malades étudiées :

AGES	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20	TOTAL
Tentatives	4	11	8	3	3	29
AGES	20-21	21-22	22-23	23-24	24-25	TOTAL
Tentatives	2	1	2	1	1	7

Plus de la moitié des tentatives (29 sur 36) se situent entre 16 et 20 ans. Dans cette étape de la vie aux limites assez floues qu'est l'adolescence, force est bien de reconnaître une période féconde, un âge que l'on n'ose appeler « critique » pour éviter toute confusion, où les tentatives sont particulièrement fréquentes. Nous retrouvons là un fait signalé par de nombreux auteurs. Dans une étude récente MM. GAULTIER, FOURNIER, GORGEIX et Mlle ZIMBACCA rapportent les observations faites dans un centre « ANTIPOISON » et trouvent que les sujets âgés de moins de 21 ans constituent 15 à 20 % du chiffre total, l'âge moyen étant de 17 ans, avec 50 filles pour 21 garçons. FAU, CHATEAU et MACHU soulignent pour leur part un point que nous avons aussi relevé : *la tendance au comportement suicidaire disparaît avec le temps et ce, même si plusieurs tentatives ont été faites justement au cours de cette période féconde*. Une jeune femme de 34 ans, traitée pour des troubles caractériels, dont la personnalité et l'histoire passée ressemble beaucoup à celle de nos adolescents, reconnaît effectivement avoir fait une tentative à l'âge de 19 ans. Elle n'en a jamais parlé jusque-là et s'étonne même qu'on puisse rechercher ce fait pour s'y intéresser. Elle ajoute enfin spontanément qu'elle n'a plus du tout envie et depuis longtemps de faire une quelconque tentative de suicide.

Clément LAUNAY et Christian COL rapportent dans une étude la répartition des groupes de suicidants dans divers pays. Voici d'après leurs travaux comment se répartissent les suicides d'adolescents aux Etats-Unis, en France et en Suisse. Soulignons là encore, *l'importance capitale de la période qui va de 14 ans à 20 ans, d'une part et la prépondérance du sexe féminin, d'autre part*.

AUTEURS	FILLES	GARÇONS	TOTAL
GAULTIER, FOURNIER, GORGEIX	40	7	47
SINGER et Mlle DIGELMAN	42	11	53
JACOB ZINER	233	66	299
TUCKMAN	76	11	87
TOOLAN	74	10	84
LANDRUM	111	11	122
PIKER	119	24	143

II. — ADOLESCENCE ET ADOLESCENTES

Il y a donc au moment de l'adolescence une psychopathologie de la conduite suicidaire particulière à cette époque de la vie. Ceci souligne encore l'importance de ce passage entre l'enfant et l'adulte, en lui donnant une originalité, même sur le plan de la maladie.

L'adolescence se traduit par des manifestations psychologiques générales bien connues. La puberté qui traduit la possibilité de procréer est constituée par un

ensemble de phénomènes hormonaux qui ont pour conséquence des modifications dans la sphère sexuelle. Si l'apparition de la génitalité a tendance à ne mettre l'accent que sur le côté sexuel, il ne faut pas oublier que la sexualité infantile existait mais inquiétait peut-être beaucoup moins les parents lors du développement des premières années de l'enfant.

A côté des phénomènes physiologiques, l'évolution affectivo-sexuelle est au moins aussi importante. On ne peut d'ailleurs pas dissocier le plan physiologique du plan psychologique sans s'exposer à des incompréhensions majeures.

L'évolution affectivo-sexuelle est étroitement liée à *l'éducation affectivo-sexuelle* et au delà à toute l'évolution de la personnalité du jeune. La dissociation entre la vie génitale et la vie sentimentale peut atteindre son comble si l'éducation de l'enfant ne l'a pas préparé à cette étape de sa vie qu'est la puberté. Eprouvés dans le secret, à l'écart des familles, des faits pourtant normaux, vont plonger les intéressés dans une culpabilité susceptible de marquer durablement leur vie sexuelle d'adulte.

Chez la fille la composante sentimentale l'emporte sur la génitale, en même temps se développe une capacité de séduction, liée à une douceur accrue qui est la marque de la féminité. Les tendances sexuelles débordent le fait sexuel lui-même et sont souvent l'objet chez l'adolescente affectivement perturbée, de processus de refoulements très intenses, ainsi qu'il apparaîtra lors des tests projectifs proposés à nos sujets.

L'adolescence est aussi l'époque où les problèmes affectifs de la petite enfance vont se reposer à nouveau, avec d'autant plus d'acuité qu'ils n'auront pas été résolus en leur temps. La conséquence des perturbations survenues lors de l'épanouissement affectif de l'enfant est un sentiment confus d'insécurité avec en corollaire des difficultés d'adaptation sociale : toutes nos jeunes filles hospitalisées sont des inadaptées sociales.

L'adolescente va vivre à l'échelon psychopathologique sa situation fondamentale d'insécurité sous des modalités différentes qui peuvent être groupées rappellent M. Porot et J. Seux sous trois rubriques : le sentiment de frustration, l'agressivité et la culpabilité, l'infériorité enfin.

Chez l'enfant, le sentiment de frustration peut naître lors d'une hospitalisation, d'une séparation d'avec la mère, ou, nous le verrons dans notre étude, d'une carence affective au sens le plus large du terme : toutes les adolescentes présentant une conduite suicidaire ont souffert de frustration dans l'enfance.

La jalousie est à rapprocher du sentiment de frustration. Au sentiment d'abandon se combine l'agressivité. C'est souvent le propre d'un aîné lors de la naissance d'un cadet.

Quant au sentiment d'infériorité il est presque toujours plus ou moins ressenti par les suicidaires. C'est autre chose que le fameux « complexe d'infériorité » dont on parle trop facilement dans le public. Le plus souvent, ce sentiment demeure latent et ne constitue qu'une simple disposition chez l'adolescente dont l'état psychique est sensiblement normal. Par contre il peut devenir très fort et la conduite suicidaire est susceptible d'entraîner une extériorisation de ce sentiment. Lors de l'échec de la tentative, il s'ensuit une culpabilité et une notion d'infériorisation, liée au sentiment de l'échec.

Tous ces problèmes sont propres aux deux sexes mais il nous faut souligner les difficultés peut-être plus grandes encore pour la fille. A la complexité de la sexualité féminine s'ajoute un facteur sociologique. L'adolescente est un être en devenir, car adolescente d'abord, femme ensuite, et son évolution affective s'intègre

dans l'évolution du groupe « femme » dans nos sociétés. Il y a donc aussi une explication sociologique aux difficultés de l'adolescente.

Au demeurant, il est possible d'exprimer en termes socio-culturels ou psychologico-analytiques le caractère d'inéluctabilité de tel ou tel acte humain.

Le problème de l'adolescente appartient à l'évolution sociale par le problème de la femme en général. Si l'on en croit Molière, il y a quelques siècles, les filles quittaient la tutelle paternelle pour la tutelle maritale avec comme seule issue, en cas de refus, le couvent, qui était peut-être alors, dans ces cas, un des équivalents du suicide.

Pour la jeune fille, l'intervalle était bien court, lorsqu'il existait, qui séparait le passage de la tutelle paternelle certainement plus ferme alors, à l'autorité conjugale, beaucoup mieux acceptée qu'aujourd'hui.

Les remaniements socio-culturels ont modifié ces deux états. On parle d'émancipation féminine et si elle est en bonne voie sur le plan juridique, il semble que les résultats obtenus sur le plan psychologique, ne s'accordent pas toujours avec les lois de la société.

Ne peut-on trouver là une explication à cette prédominance actuelle du suicide des adolescentes vers 17 à 19 ans ? Malgré la liberté dont elle jouit, la femme est en général plus mal armée que l'homme devant les difficultés de la vie. De nombreuses exceptions, de brillantes réussites ne sauraient faire oublier que la virilité est à base d'agressivité, de conquête, alors que la féminité est plus passive et plus soumise.

L'émancipation sociale est plus subie qu'acceptée par nos jeunes suicidaires, elle est sûrement prématurée et les structures familiales vermoulues, nous y reviendrons, ne suffisent pas à les sécuriser. Elles vivent l'angoisse d'une liberté dont elles ne savent finalement que faire ni comment l'utiliser. Il s'ensuit même un véritable désarroi de tous les instants qui recouvre une insécurité majeure, et le suicide est, SUTTER l'a rappelé, une des issues les plus classiques de l'angoisse.

Il faut rappeler un fait important qui vient à l'appui des hypothèses proposées ci-dessus : une fois passée la période féconde déjà signalée, les tentatives disparaissent pratiquement. Certaines jeunes femmes auront affectivement mûri, d'autres auront trouvé au cours des ans un moyen de « s'accrocher » à quelqu'un, malgré leur infantilisme, d'autres présenteront toujours des troubles de type caractériels, mais sans conduites suicidaires, enfin un certain nombre évoluera vers une féminité normale.

On peut avancer l'argument que, passé la période difficile de 16 à 24 ans, la possibilité de récidives de tentatives, diminue dans une grande proportion.

Il va sans dire que les manifestations suicidaires liées à une atteinte psychiatrique apparue en pleine adolescence suivront par contre l'évolution de la maladie elle-même.

III. — L'HEREDITE

Précisons tout de suite la difficulté : « le fait que certaines particularités de déficiences reconnues chez les parents se retrouvent chez les enfants n'implique nullement qu'il s'agisse d'hérédité vraie », dit Herscovici.

Au contraire, l'hérédité vraie implique que toutes les manifestations morbides héréditaires sont obligatoirement transmissibles des parents aux enfants. Mais de nombreux faits attribués à une hérédité morbide sont en réalité dus au milieu.

RIBOT, dans son étude sur l'hérédité psychologique, remarque que parmi les affections morbides en psychiatrie il n'en est point dont l'hérédité soit « mieux constatée que celle du suicide », mais il parle du suicide en général.

Rien ne nous paraît plus contestable dans notre étude, où l'on ne trouve qu'un suicide chez le père d'une de nos adolescentes et une tentative chez la mère d'une autre.

Par contre, si l'on tient compte de l'hyperémotivité, de l'hypersensibilité affective, de l'instabilité de l'humeur, voire des troubles caractériels francs qui caractérisent cliniquement presque toutes nos adolescentes, le facteur héréditaire ne peut plus être séparé des éléments acquis : le milieu socio-familial suffit souvent à lui seul à déterminer toutes ces manifestations, à plus forte raison s'il existe une prédisposition héréditaire.

Notons toutefois que nous manquons de renseignements pour sept d'entre elles, du fait du décès des parents ou de l'abandon de l'enfant. Cinq autres ont des parents éthyliques et ce problème de l'alcoolisme familial est souvent fort important dans notre étude.

IV. — CORRELATIONS ORGANIQUES

Dans aucune de nos observations n'a pu être mise en évidence une corrélation nette entre comportement suicidaire et affection organique. Tout au plus dans l'observation N° 13 le fait d'avoir été en préventorium pour une banale primo-infection a entraîné une réactivation de l'abandon probablement vécu dans la petite enfance par la jeune fille. Mais le fait organique n'a été que le facteur déclenchant et la décompensation sur le plan affectif s'est traduite par un comportement suicidaire.

L'examen électroencéphalographique n'a pas été pratiqué systématiquement, mais seulement lorsque l'examen clinique l'a rendu nécessaire : les perturbations révélées lors de cette recherche sont des anomalies mineures, mal systématisées, en rapport avec une véritable immaturité physiologique. Nous mettons à part, bien entendu, une observation concernant une jeune comitiale suivie et traitée dont la réaction suicidaire s'intègre dans le cadre de la fameuse « Personnalité épileptique ». Il n'y a là qu'une corrélation entre la conduite suicidaire et les perturbations électro-cliniques.

Le problème des rapports entre le mode réactionnel et l'immaturité découverte à l'électroencéphalogramme est à préciser. FAU, CHATEAU et MACHU ont noté dans un de leurs cas, que les petites anomalies du tracé électroencéphalographique enregistrées lors de « l'âge suicidaire » se sont atténuées pour disparaître complètement lorsque la malade est sortie de la « période féconde ».

Sans espérer pouvoir lire un jour sur un électro-encéphalogramme si une adolescente risque encore de se suicider ou est sortie de la « période féconde », on peut considérer qu'il y a là tout un terrain de recherches à prospecter. Dans cet ordre d'idées, un travail est actuellement en cours à la clinique neurologique et psychiatrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Clermont-Ferrand. Il s'agit de faire une étude systématique de tous les électroencéphalogrammes des jeunes suicidaires afin d'en tirer les conclusions adéquates.

LES TENTATIVES DE SUICIDE

- I. - LES MODALITES DE LA TENTATIVE ET LES RECIDIVES.
- II. - LA FONCTION ORDALIQUE DU SUICIDE.
- III. - ASPECT « MORAL » DE LA CONDUITE SUICIDAIRE.
- IV. - LE SUICIDE DES ADOLESCENTES EST-IL UN SYMPTOME
PSYCHIATRIQUE ?

I. — LES MODALITES DE LA TENTATIVE ET LES RECIDIVES

Parmi les différents moyens utilisés par nos suicidaires pour attenter à leurs jours, compte surtout l'absorption per os de médicaments divers ou de toxiques. En tête viennent les barbituriques. Le gardénal ou ses dérivés ayant à leurs yeux un pouvoir quasi magique du fait que ce produit est largement cité dans la littérature. Viennent ensuite les hypnotiques de toutes sortes sans qu'il y ait là un choix particulier, elles ont utilisé tout simplement ce qu'elles avaient sous la main : théralène, phénergan, doridène, etc... Quelquefois elles absorbent des tranquillisants mineurs qui ont été prescrits par le médecin de famille devant les bizarreries de caractères présentées lors d'une visite banale. Elles prennent alors la dose la plus forte possible, c'est-à-dire qu'elles avalent le contenu entier du tube ou du flacon qu'elles possèdent. Ce fait maintenant bien connu, oblige de plus en plus les différents laboratoires à ne mettre dans le conditionnement proposé au public qu'une dose non mortelle de produit par tube. Quelques-unes de ces jeunes filles ne doivent la vie qu'à cette précaution.

L'une d'elles absorbe un mélange de tanin et d'alcool, une autre du trichloréthylène. Elles reconnaissent avoir utilisé ces liquides, car au cours de leur travail, elles en manipulaient des quantités plus ou moins importantes et étaient prévenues du danger que présentaient ces toxiques. On retrouve là la notion classique de suicide à l'aide d'un « instrument de travail » au sens large du terme.

En dehors des interprétations analytiques envisageables devant ce comportement où l'oralité est évidente, force est bien de reconnaître que la mode a aussi son mot à dire. Les suicidaires le reconnaissent volontiers, ajoutant que l'absence de douleur et le sommeil obtenus ont compté également dans la détermination du choix.

En dehors de toute absorption médicamenteuse ou toxique, on trouve deux tentatives par intoxication au gaz d'éclairage, une par noyade et une par pendaison.

Trois adolescentes essayent de s'ouvrir les veines du poignet.

Ces différentes modalités appellent quelques remarques : l'absorption de barbituriques est le fait de jeunes filles qui ont à plusieurs reprises envisagé de se suicider, c'est même quelquefois le moyen préférentiel lors d'une récidive. Aussi rapide que soit leur décision, elles ont quand même au cours des mois précédents présenté à un moment ou à un autre un comportement où l'idée de suicide prédominait.

Les tentatives par noyade ou pendaison sont le propre des déterminations brutales. A propos de la tentative par noyade rapportée il s'agit d'une adolescente qui a vu brusquement à quel point elle se trouvait isolée lorsque la grand-mère qui s'occupait d'elle depuis la mort de ses parents lui a fait comprendre qu'elle était une charge pour tout le monde. La solitude affective dans laquelle elle s'est brusquement trouvée a entraîné une réaction anxieuse considérable qui s'est terminée par une tentative de noyade.

C'est au cours d'un raptus anxieux que s'est produite la tentative par pendaison. Il s'agissait d'une adolescente qui éprouvait de véritables impulsions à se détruire. Ces impulsions survenaient pendant l'évolution dépressive d'une psychose cyclique, elles étaient précédées d'une courte bouffée hypomaniaque.

En ce qui concerne les sections des veines superficielles du poignet, elles sont généralement sans gravité, du fait de la méconnaissance de l'anatomie par le sujet. Ce sont le plus souvent les petites veines qui sont lésées. La douleur et la

vue du sang suffisent à limiter l'extension des plaies. C'est sans doute dans ces cas qu'est la plus consciente l'ambiguïté de la conduite suicidaire. Lors de l'entretien, les jeunes filles ayant eu recours à ce moyen, reconnaissent qu'il s'agissait plus d'attirer l'attention sur leur personne, d'ennuyer l'entourage, de retirer un certain bénéfice affectif de leur acte que d'attenter véritablement à leurs jours. C'est à ce comportement que semble s'appliquer le mieux le terme de « suicide-chantage ». Il n'empêche qu'il ne faut pas dissocier ces suicides des autres groupes. Ils ont la même signification et une récurrence est toujours à craindre à l'aide d'un moyen différent cette fois.

Une ou deux tentatives mineures apparaissent sans gravité, et pourtant, la troisième se soldera par un coma barbiturique gravissime. Nous rejoindrons là l'opinion de FAU, MACHU et CHATEAU qui déclarent que l'adolescente « perfectionne sa technique ». Le suicide-appel devient de plus en plus impérieux et les risques de mort de plus en plus sérieux.

Traiter une adolescente suicidaire consiste avant tout, sur le plan pratique, à essayer d'éviter une récurrence et nous avons vu les difficultés présentées dans cet ordre d'idées lors de la « période féconde » qui va de 16 à 20 ans.

II. — LA FONCTION « ORDALIQUE » DU SUICIDE

Le suicide de l'adolescente, dans la mesure où il est un appel s'adresse peut-être moins à la mort qu'à quelque chose de plus profond, de plus complexe et de plus nuancé que l'on peut appeler à la suite des auteurs lyonnais : la « fonction ordalique ». (COLIN, VAUTRIN, MARCHAND.) Rappelons que l'ordalie est une épreuve judiciaire par l'eau, le feu ou d'autres moyens en usage chez les Mésopotamiens et les Perses. Le coupable présumé subissait un dommage corporel violent : s'il était protégé par une puissance surnaturelle il ne devait rien ressentir, s'il était accessible à la douleur, c'est qu'il était seul, donc coupable. On retrouve l'ordalie au Moyen Âge sous le nom de « Jugement de Dieu ». Ce qui la caractérise particulièrement, c'est la totale absence de preuve et le fait qu'il appartient à une instance surnaturelle de déterminer la culpabilité ou l'innocence du patient.

COLLIN, VAUTRIN et MARCHAND d'abord, FAU et CHATEAU ensuite, ont insisté sur l'aspect ordalique du suicide. En effet, il n'est pas rare que les suicidantes se placent dans des conditions telles que leur geste peut ou non entraîner la mort selon que se produira un événement plus ou moins fortuit. C'est cet événement qui représentera l'intervention quasi magique du destin.

Cet aspect est réalisé de la façon suivante : l'adolescente absorbe une certaine quantité de produit connu, suffisante pour dormir longtemps, elle reste malgré tout en-deça de la dose immédiatement mortelle. Il reste au destin un rôle à jouer, puisque c'est en fonction de lui qu'on la découvrira ou non. La lettre adressée à l'entourage, aux parents, ou à l'amie intime, voire la menace faite à un fiancé inconstant prennent alors leur plein sens.

À propos de la récurrence, là aussi, l'aspect « ordalique » de la conduite est manifeste, mais l'appel est encore plus pressant, en raison même de l'échec de la première tentative.

La légèreté du motif invoqué, du facteur déclanchant bien loin d'aller contre cette interprétation ne fait que la renforcer. Il s'agit presque de défi, dans certains cas, ce destin aveugle, véritable image archétypique au sens Jungien du terme. Cet aspect de risque et de défi n'est jamais que la réalisation concrète de certains comportements adolescents où l'on joue avec l'idée de la mort, mais cette fois, en misant sur la vie ou plutôt la survie. C'est la roulette russe, ce sont les rites d'initiation plus ou moins dangereux des gangs de jeunes mis en exergue par

la littérature, le cinéma ou, hélas, les faits divers. Dans le cas de nos adolescentes, on peut considérer que l'aspect pathologique réside dans le fait que l'on évalue non plus les chances de vie mais les chances de mort.

On voit bien l'impossibilité qu'il y a à classer les suicides en « suicides sincères » et « suicides-chantages ». Définir la sincérité dans ces cas, est particulièrement hasardeux.

Il n'est pas de travail sur le suicide qui ne comporte une classification essayant de séparer les suicides « sincères » des suicides « chantages ». C'est là à notre avis une nouvelle illusion, voire une façon commode de se débarrasser inconsciemment d'un problème désagréable : parler de chantage c'est blâmer un simulateur et lui refuser à priori une sympathie et une aide qu'il semble avoir voulu extorquer de façon malhonnête. A-t-on vraiment le droit de résoudre aussi « magiquement », en le scotomisant, un problème qui reste entier ? Sincère ou non, l'acte posé a des motivations et traduit un besoin, un appel qu'il n'est pas permis d'éluder.

Le problème de la sincérité est loin d'être résolu. « On se ment à soi-même afin de mieux mentir aux autres », disait Vauvenargues. On retrouve ici la vieille querelle « hystérie ou simulation » qui ne tient compte que du symptôme et non de la cause du symptôme. Pour nous, si nous avons constaté des tentatives de suicide parfaitement sincères, nous n'avons pas souvenir d'en avoir rencontré qui fussent pure et simple simulation. Il est plus honnête et plus utile de se poser chaque fois la question : « Quelle est la part de chantage et quelle est celle de la sincérité ? »

Ce dilemme sincérité-chantage n'est pas nouveau. Mais c'est sa fréquence qui est nouvelle. La majorité des tentatives de suicide faites par les adolescentes semble porter cette première marque. Elle traduit l'incapacité de faire un choix, de prendre une décision qui, en toute hypothèse exige tout de même un certain courage ; mais elle témoigne aussi d'un « à-quoi-bonisme », d'une lassitude devant la vie, d'une indifférence profonde devant toute valeur, toute vérité, toute sincérité ; en un mot d'une incapacité à regarder la réalité en face, à l'affronter.

III. — ASPECT « MORAL » DE LA CONDUITE SUICIDAIRE

Nous entendons le mot « moral » dans son sens populaire : ce qui est bien ou ce qui est mal, car c'est souvent de cette façon que l'entend la société lorsqu'elle porte un jugement sur la conduite des adolescentes. Vitupérer contre le manque de moralité de la « Jeunesse d'aujourd'hui » est une attitude qui est loin d'être récente. Les différentes réactions de nos adolescentes heurtent quelquefois un certain nombre de préjugés sociaux et sont loin d'être conformes à ce que l'on pourrait appeler : une bonne conduite. En particulier le comportement sexuel de ces jeunes filles peut paraître très aberrant au premier abord. Il ne faut pas oublier pour une meilleure compréhension de ces diverses réactions, que toute société humaine impose un certain nombre de tabous aux individus qui la composent. Ces tabous sont presque toujours des interdits sexuels ou sont en rapport avec la sexualité dans ce qu'elle a de plus général.

Le prétendu dérèglement sexuel de nos adolescentes n'est pour elles qu'un moyen de heurter la société et d'attirer sur elles l'attention du groupe. Il s'agit bien souvent de se créer un système de valeurs différent de ce que la tradition voudrait imposer. Derrière le groupe social ce sont surtout les parents qui sont visés et la culpabilité plus ou moins consciemment ressentie par ces adolescentes est aussi due à cette révolte masquée contre ceux qui les ont si mal éduquées.

Toutes les références morales de ces jeunes filles, du fait de leur infantilisme et de leur immaturité, s'incarnent dans la personne des adultes de leur entourage,

elles n'ont aucune référence personnelle pour faire face à la situation dans laquelle elles se trouvent lorsque l'adulte en question se révèle être un piètre objet d'identification. Dès lors tout s'écroule, il n'y a plus de stabilité nulle part, tout est permis et le suicide sera finalement envisagé devant l'impossibilité de meubler cette liberté qui n'a de liberté que l'apparence.

Lors des entretiens, il paraît évident que loin de retirer de ce comportement sexuel les satisfactions qu'elles prétendent y trouver, ces adolescentes retirent de ces nombreuses expériences, une impression de dégoût et de lassitude. C'est en ce sens que la sexualité est utilisée comme un moyen de réaction contre la société, et non comme une fin en soi. Il n'y a aucune sexualité adulte chez toutes ces malades mais là aussi, un profond infantilisme se fait jour. On ne peut donc guère parler de dérèglement moral mais bien plutôt d'une sorte de faiblesse du jugement propre à cette conduite suicidaire.

En effet, il n'est écrit nulle part que le fait d'être adolescente empêche de se réaliser comme femme : la Juliette de Shakespeare a 14 ans, et le public elizabethain qui ne cherche pas au théâtre l'abstraction mais le réalisme sait d'expérience, que de très jeunes filles peuvent être de véritables femmes du point de vue affectif, attentionnées et aimantes dans une société qui les encourage à développer leur sensibilité féminine.

Aucune adolescente ne s'est suicidée dans le contexte d'une angoisse existentielle, ni en posant le problème de l'être ou du non-être. Une seule d'entre elles a tenté de justifier son acte en le définissant comme une attitude philosophique devant la vie : après dix minutes d'entretien, on était en plein dans un problème familial fort grave et l'immaturité affective était évidente.

Il arrive quelquefois que ces adolescentes soient enceintes. La maternité est vécue comme le reste avec un « aquoibonisme » imperturbable et le comportement est assez univoque : elles se désintéressent de l'enfant tout en ayant l'air d'y être très attachées : c'est un attachement de surface, et elles laissent volontiers à leurs parents ou à des nourrices le soin de s'en occuper. Dans une de nos observations, d'ailleurs, les parents de l'adolescente, après avoir repoussé et la mère et l'enfant, acceptèrent... l'enfant et refusèrent la mère, qui ne leur avait, disent-ils, apporté que des déboires.

Si l'affectivité n'est pas mûre pour une sexualité adulte, elle n'est pas non plus propice à une maternité précoce.

IV. — LE SUICIDE DES ADOLESCENTES EST-IL UN SYMPTÔME PSYCHIATRIQUE ?

On a longtemps considéré les suicidants comme étant pratiquement toujours des malades mentaux. Il s'agissait d'adultes ou d'enfants puisque la découverte des suicides d'adolescents est relativement récente. Si en ce qui concerne l'adulte ou le rare suicide de l'enfant, il n'est pas douteux que les affections mentales soient au premier rang de l'étiologie, c'est loin d'être le cas chez l'adolescent.

Dans notre étude, il s'est trouvé une psychose maniaco-dépressive, une névrose et peut-être un processus schizophrénique au début. En dehors de ces trois cas dont deux ont un diagnostic précis actuellement, la schizophrénie étant difficile à affirmer, tous les autres sont à exclure du cadre d'une maladie mentale au sens classique. Ceci ne veut pas dire que nos suicidaires jouissent d'une santé mentale parfaite, c'est malheureusement loin d'être vrai. Elles présentent toutes ce que l'on peut appeler des troubles du comportement à extériorisation surtout caractérielle. C'est presque un chapitre nouveau de psychiatrie qu'il faudrait écrire

à leur propos. Nombre de ces jeunes filles ont rencontré de telles difficultés dans l'enfance, présentent une telle immaturité affective qu'il existe un véritable « gauchissement » de leur personnalité.

On ne croit plus guère à la nécessité absolue d'une quelconque constitution morbide qui favoriserait le suicide, non plus qu'à l'existence d'une tare ou d'une affection mentale obligatoirement sous-jacente à toute tentative.

Cl. Launay et Chr. Col parlent de « personnalités psychopathiques ». C'est là un mot commode, mais assez vague. Il a le mérite toutefois de ne pas coucher tous les adolescents concernés dans le lit de Procuste d'une constitution psychiatrique catégorisée, comme autrefois. Encore convient-il, sinon de définir de telles personnalités, au moins d'en dégager quelques traits communs fréquents sinon constants.

M. Porot et coll. ont développé par ailleurs quelques « lignes de faiblesse » (plutôt que de force) des adolescentes d'aujourd'hui : mépris, parfois légitime, des anciens, fausse conception d'une liberté, « en soi » à atteindre à n'importe quel prix, besoins impérieux d'une jouissance immédiate, angoisse fondamentale, inquiétude, insécurité.

S'intéressant, lui aussi, aux problèmes généraux de la puberté, Duché a tenté, à partir des observations qu'il a recueillies, de trouver une explication au geste suicidaire de l'être jeune et en particulier de l'adolescente de 16 ans qui paraît assumer beaucoup moins bien que le garçon les bouleversements émotionnels de sa puberté. Il rappelle la signification psychologique de la tentative de suicide : geste de fuite ou manifestation d'agressivité contre le sujet lui-même ou contre le milieu. Il y ajoute deux autres sens : le suicide jeu et le suicide pari de l'adolescent qui se livre au choix du hasard. Il insiste sur l'importance du milieu dissocié pathogène engendrant un trouble dans le développement des relations objectales. Le suicide de l'adolescent est alors une manifestation d'inadaptation au même titre que les actes de délinquance. Duché conclut sur les éléments de la personnalité qui favorisent les tentatives de suicide à la moindre cause déclenchante : la suggestibilité, le déséquilibre caractériel, l'hyperémotivité et l'anxiété, l'arriération affective et, enfin, les états dépressifs réactionnels.

LES FAMILLES DES SUICIDAIRES

- I. - LE MILIEU FAMILIAL ET SES PERTURBATIONS.
- II. - LES CARENCES AFFECTIVES INFANTILES DURABLES.
- III. - LE MILIEU EDUCATIF ET LA CARENCE D'AUTORITE.
- IV. - LE GESTE SUICIDAIRE ET LA CARENCE D'AUTORITE.

I. — LE MILIEU FAMILIAL ET SES PERTURBATIONS

Le fait familial est remarquable par sa permanence. Quel que soit son type sociologique, poly ou monogamique, exo ou endogamique, la famille existe dans l'espèce humaine. Les organisations sociales, les religions sont toujours intervenues pour en sanctionner l'existence, pour en maintenir la cohérence, justifiant ainsi son rôle d'institution de base, et partant, sa nécessité.

On sait que si le drame familial semble se jouer entre trois personnages essentiels : le père, la mère et l'enfant et quelques figurants : grands-parents, domestiques, oncles, tantes, etc., en réalité, un quatrième personnage, pour n'être pas charnel, n'en a pas moins d'importance que les trois premiers : c'est le foyer. Le rassemblement fortuit d'un homme, d'une femme, et de quelques enfants pris au hasard ne fait pas une famille : le foyer, avant tout basé sur le couple parental, est un être spirituel, vivant, avec un passé, un présent et un avenir qui influencent profondément les relations qui s'établissent entre ses éléments constitutifs.

Les familles de nos jeunes suicidaires sont loin de représenter le milieu sécurisant et favorable qui serait nécessaire à un heureux épanouissement affectif.

Si on étudie les observations on découvre un triste étalage où l'alcoolisme, les disputes conjugales, les coups échangés sont les éléments du décor journalier. Ou bien le décès de l'un des parents et le remariage de l'autre se soldent par une réaction d'agressivité de l'enfant, du fait d'un certain nombre d'erreurs psychologiques de départ.

Enfin, aux problèmes affectifs des parents, à la dissociation plus ou moins fréquente du couple s'ajoutent les problèmes sociaux. L'exiguïté du logement, les grossesses répétées de la mère, les maladies plus ou moins graves des frères et sœurs et la petitesse des revenus, souvent amoindris par les dépenses en boisson complètent l'aspect attristant des milieux familiaux.

Comment ces jeunes filles ont-elles ressenti leur enfance et quels souvenirs ont-elles pu en conserver ?

Lors des entretiens deux attitudes sont retrouvées : ou bien la revendication, ou bien le silence.

C'est le mode revendicatif le plus courant. Elles en veulent aux adultes qui ont entouré leur enfance de ne pas avoir été ce qu'elles auraient souhaité. Mais ce n'est pas une révolte, c'est une suite de doléances plus ou moins précisées. Elles leur reprochent moins leur attitude générale que leur indifférence à leur égard, voire même quelquefois la trop grande liberté dont elles ont bénéficié. « On a pas été assez sévère avec moi » est une réponse plusieurs fois enregistrée. Ou bien : « mon père, il m'a toujours laissé faire ce que je voulais » et le ton est loin d'être celui de la gratitude. Et l'on s'aperçoit en effet que les parents ont cru faire preuve d'autorité en manifestant de temps en temps leur mauvaise humeur avec force démonstrations de sévérité ostentatoire mais souvent à contre-temps et toujours d'une manière maladroite. La mauvaise conscience confuse dont ils faisaient preuve leur permettait de trouver des excuses dans ce comportement d'hyper-autoritarisme.

Parfois lors de l'entretien avec une jeune fille on se heurte à une forte réticence à parler de son milieu familial. Ce n'est qu'après avoir capté sa confiance que l'on découvre derrière cette sorte de pudeur, à quel point le milieu familial a été peu gratifiant pour elle. Mais il lui est impossible d'extérioriser d'emblée ce qu'elle ressent du fait d'une certaine culpabilité qui l'habite devant les griefs ressentis contre ceux qui l'ont élevée.

Or le véritable ciment de toute cellule familiale c'est l'amour réciproque de ceux qui sont appelés à vivre ensemble et, de l'expérience familiale dépendra en grande partie l'attitude de l'individu vis à vis de la société.

« Il semble que l'enfant, au moment où il adopte son attitude envers le cercle de famille, détermine aussi dans une large mesure quelques-uns des aspects principaux de ses relations avec les êtres humains en général. L'optique d'un individu et sa façon d'envisager la plupart des questions les plus importantes de l'existence humaine s'exprimeront dans les mêmes termes que les positions qu'il a prises en face des problèmes et des difficultés nées à l'intérieur du monde relativement étroit de la famille. » *Flugel*.

II. — LES CARENCES AFFECTIVES INFANTILES DURABLES

Il a donc manqué, très tôt dans la vie, à ces jeunes filles un « aliment psychologique » majeur : une bonne relation affective avec l'entourage.

Pendant longtemps on a accueilli avec un certain scepticisme l'hypothèse que les émotions de la petite enfance pouvaient modifier l'affectivité ultérieure de l'adulte. La mère donne à l'enfant : « du lait et de l'amour » et tous deux sont biologiquement indispensables. Or si personne ne conteste l'utilité de la nourriture, le sevrage affectif ne paraît pas monstrueux à certains. Cela provient du fait que le sevrage alimentaire sera sanctionné par des conséquences organiques immédiates alors que les privations affectives psychologiques, sont moins visibles, plus tardives et surtout... de découverte récente.

Certains de ces derniers troubles sont précoces, d'autres sont tardifs. Décrits par Spitz, Wolf et d'autres auteurs anglo-saxons, par Mme Aubry et M. Porot en France, on leur a donné le nom d'« hospitalisme ». M. Porot a proposé le terme, plus précis de « carence affective infantile durable ».

C'est surtout à la carence d'affection maternelle que l'on pense tout d'abord. Nos suicidaires n'ont pas toutes été élevées par leurs mères, du fait de l'abandon ou du décès maternel. Mais les nourrices, les mères adoptives ou les mères effectives que nous avons vues lors des consultations, paraissent surtout manquer de fermeté vis à vis de leur fille. Elles avaient peur de cette adolescente aux réactions impulsives, visiblement « dépassées par les événements », elles se réfugiaient dans des lamentations... sur leur propre sort, accusaient... le mari ou le père qui était trop faible ou « passait tout à la fille ».

Il apparaît alors que l'adolescente a peu souffert de carence maternelle à proprement parler. La mère ou les nourrices ont rempli leur rôle au cours des premiers mois car on ne relève pas de troubles somatiques graves des débuts de la vie comme chez les nourrissons souffrant d'« Hospitalisme ».

Par contre à partir de la seconde enfance et jusqu'à la puberté, les dissociations familiales ont entraîné comme conséquence un désintérêt de l'enfant par la famille.

Tout au plus, les parents s'occupent de ces filles, mais pour récriminer contre leur « sale caractère ». Dans certains cas enfin l'un des parents s'en sert comme moyen de pression contre le conjoint.

Quoiqu'il en soit une notion se fait jour, c'est l'absence quasi complète de souci éducatif et la démission des parents de leurs rôles de guides au fur et à mesure que l'enfant grandit. Lors de l'interrogatoire de la famille on se trouve en présence d'adultes effrayés par le comportement de l'adolescente « ils ne la comprennent pas » et depuis la puberté « elle a bien changé ! » La naïveté de

ces remarques ne fait que souligner la découverte par les parents d'une enfant qui a grandi et qui brusquement cherche à exister en attirant sur elle l'attention de l'entourage.

III. — LE MILIEU EDUCATIF ET LA CARENCE D'AUTORITE

On ne peut guère parler du rôle éducatif des parents chez nos adolescentes. Mais à un degré de plus, il n'y a jamais eu auprès d'elles d'adultes qui puissent exercer l'autorité dont on sait la valeur sécurisante chez l'enfant.

C'est surtout au père qu'est dévolu le rôle autoritaire, tout au moins dans nos sociétés. Il ne s'ensuit pas que la mère n'exerce aucune autorité, mais chez elle, cet aspect de l'éducation s'efface un peu derrière le côté affectif de « l'amour maternel ».

Précisons que l'autorité n'est pas la sévérité, ni la coercition, ni la brutalité ou la perpétuelle contrainte. Ceux qui briment leurs enfants se servent souvent des prétextes de leur rôle d'adulte pour tenter d'excuser leur esprit de domination ou leur sadisme. L'autorité paternelle est, avec l'amour maternel une des assises indispensables au bon équilibre des relations familiales. Autorité et amour ne sont nullement incompatibles. La notion d'autorité est à la base de la notion de justice et l'on sait l'extrême sensibilité de l'enfant à l'injustice même ébauchée.

Nos jeunes suicidaires, quand elles ont connu l'autorité n'en ont connu qu'une caricature. En particulier cet hyperautoritarisme de l'adulte faible qui cherche à s'affirmer à l'aide d'éclats et de châtiments corporels à propos de futilités et qui ne sait pas réagir devant des actes, où l'enfant aurait justement besoin d'une intervention parentale ferme. Le père intervient surtout dans la seconde enfance, or c'est à partir de cette période que les manifestations d'insécurité se sont extériorisées dans les cas que nous étudions. Tout est à nouveau remis en question à l'adolescence où la jeune fille réagissant sur un mode éminemment impulsif, les choses sont loin de s'arranger. Les parents deviennent devant ce comportement des adultes qui « ne veulent pas savoir » ou qui sont atterrés par les réactions de la jeune fille. Craignant le moindre éclat, ils subissent tous les caprices, sont prêts à toutes les compromissions, ce qui ne fait qu'engager tout dialogue dans une impasse. En fait on s'aperçoit de la carence parentale parce que le mode de vie de la jeune fille et la conduite suicidaire attirent l'attention sur les relations avec l'entourage. Mais depuis des années les parents avaient renoncé à tout rôle éducatif et ne voyaient pas dans le comportement manifestement perturbé de la fillette de raisons de s'inquiéter.

Ainsi dans l'une de nos observations, un père apparemment affectueux passe son temps enfermé dans sa bibliothèque et délaisse, sans éclats, un milieu familial où sa présence est souhaitable. Dans une autre famille, le père surmené, cherche inconsciemment dans des occupations extérieures valorisantes les satisfactions narcissiques auxquelles son égoïsme aspire. C'est souvent une amélioration de la situation familiale qui justifie avec la meilleure foi, cette absence du foyer.

C'est en fait le meilleur moyen de détruire au comptant ce que l'on prétend gagner à terme.

Lors de l'entretien, de tels parents s'étonnent de ce que l'on fasse remarquer qu'il y a peut-être là une carence importante de leur part. Ils vont jusqu'à s'indigner de l'ingratitude des enfants « après ce que l'on a fait pour eux ». Il est bien évident que c'est de ce qu'ils ont fait « contre eux » qu'il serait préférable de parler, car l'adolescente a été livrée à elle-même au moment où le besoin de sécurité était le plus fort.

On retrouve donc chez nos suicidaires les éléments de ce que *Sutter* et *Lucioni* appellent un syndrome de carence d'autorité. Dès 1956, ces auteurs précisent :

« Nous avons vu à plusieurs reprises de tels sujets faire des tentatives de suicide d'une incontestable sincérité, à l'occasion de contrariétés banales, parce qu'ils ne trouvaient pas en eux la force morale suffisante pour faire front et parce que leur vie, sans but, sans idéal, sans enthousiasme n'avait à leurs propres yeux qu'une valeur dérisoire ».

Les parents de nos jeunes adolescentes n'ont pu les faire bénéficier de l'aspect profitable d'une autorité organisant la vie pratique et elles n'ont pas trouvé autour d'elles d'adultes fermes et forts, pouvant leur servir de modèles ou d'objets d'identification. De plus par leur autorité les parents sont en mesure, rappelle Berge, d'apporter à l'enfant la leçon de la réalité. C'est là une grande leçon de la vie, qui doit être apprise dans l'enfance, sinon la réalité apparaîtra très dure dans sa nouveauté si elle ne se révèle que tardivement. Et des défenses profondes donneront alors à l'individu une optique définitivement faussée du monde extérieur.

Dans certains cas, les frustrations minimales subies par nos jeunes suicidaires ne font que les renvoyer à leur situation d'enfance ou tout était tour à tour interdit et permis, du fait de l'hyperautoritarisme des adultes de leur entourage.

Tout excès d'autorité est aussi vain et conduit aux mêmes résultats que l'absence pure et simple de cette même autorité. Et si les conséquences des deux situations sont identiques c'est que les causes en sont souvent les mêmes : les parents vivent souvent leur existence d'adulte par identification à leurs propres parents. Aussi à une génération hyperautoraire fait suite une génération qui laisse tout aller. « C'est afin que mes enfants ne souffrent pas comme moi » déclare naïvement certain père interrogé sur son attitude. Tout ce que l'on peut conclure c'est que si l'aspect extérieur de l'éducation paraît bien différent, le résultat sur le plan de l'insécurité de l'enfant est le même dans tous les cas.

Elargissant le tableau « carence d'autorité » tel que l'ont dépeint *Sutter* et *Luccioni* on peut décrire à propos de nos observations un tableau commun de syndrome de « carence familiale » alliant carence d'autorité et carence affective.

Les adolescentes qui présentent ce syndrome ont un caractère particulièrement inconstant. Elles ont peur de l'action et sont pourtant prêtes à prendre des risques téméraires. L'instabilité domine leurs réactions et elles « démissionnent » facilement. Le choix des décisions dépend du caprice. Leur personnalité n'a en effet ni armature ni ligne de force : elles sont véritablement « invertébrées ». La conscience morale est inconsistante, peu rigoureuse, conventionnelle, fluctuante et à courte vue. Un sentiment profond d'insécurité sous-tend l'expression même de leurs activités. La conséquence en est, en dehors de la fréquence des tentatives de suicide une conduite capricieuse, décousue et irréfléchie.

Si une certaine sensibilité apparaît au premier abord c'est en fait sur un mode impulsif d'hypersensibilité. Ces jeunes filles se déclarent elles-mêmes « trop sensibles ». En fait leurs réactions sont mal modulées sur le plan affectif et elles ne cherchent, dans cette affirmation, qu'à tourner à leur avantage, plus ou moins inconsciemment d'ailleurs, une situation qui ne laisse pas de les inquiéter.

C'est leur égocentrisme infantile qui en persistant au cours de l'adolescence crée les difficultés d'adaptation et leur empêche en même temps de lier des relations effectives, stables et durables.

IV. — LE GESTE SUICIDAIRE ET LA CARENCE D'AUTORITE

Pourquoi les adolescentes, victimes d'une carence d'autorité présentent-elles une conduite suicidaire ?

Pour *Sutter* et *Luccioni* c'est le manque d'assise de leur personnalité inconsistante qui les met à la merci du seul milieu extérieur. De ce fait, la moindre variation de l'environnement paraît creuser entre l'adolescente et son milieu un écart infranchissable. Incapable de faire face à cette situation, ne pouvant se contrôler l'individu est submergé par l'angoisse.

Toute angoisse atteignant un stade insupportable conduit à l'échappement par une tentative de suicide, c'est là un phénomène classique en psychopathologie.

« Tous les suicides sont dûs au choc émotif produit par la défaite, dans la défaillance de l'action qui a mal tourné et quand l'anxiété, réaction d'hyperémotivité, impose à l'âme le sentiment que tout est irrémédiablement perdu », déclare Achille Delmas dans sa « Psychologie du suicide ».

Un des heureux aspects de l'autorité offerte, et non subie, est de permettre à l'enfant de trouver seul une voie pour se dégager du narcissisme. Pour se faire accepter en ce monde il faut donner quelque chose de soi même. C'est un véritable apprentissage que doit faire l'enfant, et l'échange fructueux et satisfaisant est tout autre chose qu'un caprice ou un calcul intéressé. L'autorité véritable « appel plus que pression (*Sutter* et *Luccioni*) permet justement cet apprentissage.

Nos suicidaires ne sont guère arrivées à se dégager du narcissisme infantile et les difficultés rencontrées dès leurs premières années sont en grande partie cause de ce retard.

Ce qu'il est important de noter c'est que l'immaturité de leur personnalité ne les a pas conduites à une manifestation franchement pathologique : névrose ou psychose. On ne trouve pas, en effet, parmi les tableaux présentés, de processus névrotique ou psychotique structuré. Il n'y a pas cette tentative d'affirmation de soi par la révolte, plus ou moins normale chez l'adolescent. Elles ne sont pas vraiment des délinquantes ; si quelquefois il existe une ébauche de conduite antisociale, elle n'a jamais de conséquence grave. Ce n'est pas l'ère « des jeunes filles en colère ». Après une dispute, à la suite d'une petite vexation apparente, au sein d'une crise de « cafard » on tente de se supprimer.

Ce sont des personnages véritablement sans ressort. Elles misent toutes sur un destin aveugle, tout puissant et magique. Cette inorganisation de la personne est surprenante et difficilement explicable pour l'entourage. Par ailleurs elles ont un niveau intellectuel bien souvent normal. C'est à ce propos que *Fau*, *Machu* et *Chateau* font remarquer qu'impuissantes à structurer une personnalité normale, elles ne sont pas non plus capables de « structurer une névrose ».

L'ENQUETE PSYCHOLOGIQUE

I. - LES TROUBLES DU SCHEMA TEMPOREL.

II. - LES RESULTATS DES TESTS.

I. — LES TROUBLES DU SCHEMA TEMPOREL

Au cours des entretiens cliniques, avec nos adolescentes, a pu se créer un courant d'échanges plus ou moins faciles mais qui nous a permis de noter à l'échelon du temps vécu, un certain nombre de perturbations que nous appellerons par analogie avec les troubles du Schéma Corporel, les troubles du Schéma Temporel.

I. — *Structuration du temps*

Le temps n'est pas réductible à l'écoulement, à propos de la matière vivante. Il se réfère en terme de structures et de structures temporelles, à travers le « changement » ce changement s'organisant suivant un ordre : celui de l'antérieur et de l'ultérieur : l'ordre, disait *Leibnitz* cité par Mme Levy-Valensy « des choses successives ».

C'est d'abord l'inorganisation apparente des premiers souvenirs de la vie, discontinus et flottants, où la seule psychanalyse retrouvera trace d'organisation.

Peu à peu, la conscience se structure, le temps apparaît alors avec l'histoire du sujet, et le mode relationnel au monde se fera à un niveau d'évolution nouveau : la mémoire organisée.

A ce stade, rappelle *Levy-Valensy*, apparaît l'irréversibilité fondamentale où « l'après n'est plus l'avant ».

Il n'y a pas que l'irréversibilité dans le temps, sa totalité en quelque sorte vivante se résume dans trois termes : le passé, le présent et l'avenir. Rejoignant par là l'énigme du sphynx d'Œdipe, c'est cet équilibre qui est à la base de la vie même.

On peut considérer que l'enfant vit dans l'avenir, et l'adulte dans le présent, avec l'action et son corollaire : l'efficacité. Quand au vieillard, s'il peut se maintenir dans le présent, le passé lui reconstitue souvent un présent solidifié où ses derniers instants prennent rang d'éternité.

Lespers parle du « chiffre du temps » à propos des trois instances « passé, présent et avenir ».

Or la personnalité dans son développement chronologique apparaît comme élément d'intégration de nombreux facteurs à des temps d'évolution différents. Pour se construire et se structurer, elle doit aussi intégrer la notion du temps et l'organiser en un système que, par analogie avec le schéma corporel, nous proposons d'appeler le « schéma temporel ».

En ce qui concerne nos suicidaires, la « dyschronie » intérieure est manifeste aussi bien lors de l'entretien que lors des discussions sur leurs projets d'avenir au moment de leur sortie.

II. — *Le schéma temporel et ses perturbations.*

La perturbation du schéma temporel apparaît comme une déficience profonde de la notion du temps. Non seulement le futur n'est absolument pas appréhendé comme une « réalité à venir » qui, s'appuyant sur la notion de « réalité du présent » peut être sentie et construite avec les éléments actuels mais encore, la notion du futur de ces adolescentes est une notion infantile de l'avenir, le « quand je serai grand » de l'enfant un peu modifié toutefois. En effet, on doute de cet avenir infantile, on voudrait bien y croire mais il s'effrite, on repousse un peu tout, « on s'en fiche » et l'on s'en remet au destin, à ce fameux destin qui arrangera tout. Il y a presque « surinfantilisation » de la notion d'avenir, cet

avenir qui est repoussé et dilué dans l'infini puisque dire « quand je serai grand » n'est plus guère possible lorsque l'on est devenu grand et parce qu'être grand quand on est adolescent, c'est être vieux.

Le futur n'acquiert pas la densité qui le caractérise peu à peu chez l'adulte. Tout doit être connu, vécu dans le moment présent et vite ; « plus tard » c'est vieillir et vieillir est impensable. Cette façon d'être d'ailleurs, rejoint un courant social de pensée où le fait de vieillir, et où l'on conserve « un teint de jeune fille » indéfiniment.

Le temps présent résume tout, mais c'est encore un présent d'instable, d'inquiet, qui se résout en une succession d'instantanés plus ou moins impulsifs, presque plus marqué par les frustrations subies que par les satisfactions que l'on s'offre.

Une autre notion, importante, se dégage : la moindre satisfaction est immédiatement épuisée et vidée de son sens. Il faut « tout », bien vite, mais quand on l'a, ça n'intéresse déjà plus. Alors la moindre frustration prend des allures de catastrophe et peut même justifier apparemment une tentative. Attendre est insupportable et il faut trouver là une des explications de la futilité des gestes suicidaires de ces adolescentes. C'est l'expression de l'immaturité à l'échelon du vécu.

En ce qui concerne la représentation du passé, elle se fait, elle aussi, sur un mode un peu particulier. Ce passé est à la fois fortement repoussé, on ne veut plus en entendre parler et on ne se souvient que des frustrations à part un ou deux événements heureux qui ne rendent que plus difficiles à supporter les frustrations présentes, mais plus profondément se fait jour une notion de passé que l'on porte précieusement avec soi car ce passé-là c'est l'enfance. Le mode de réaction infantile nous laissait prévoir ce phénomène. Et là aussi apparaît une des nombreuses contradictions du vécu de ces jeunes filles, elles repoussent consciemment une notion de passé désagréable et peu satisfaisant d'autant plus fortement que sur un autre plan leur infantilisme les y ramène avec nostalgie.

Par ailleurs, cette restriction en quelque sorte du champ de la pensée, à l'échelon de la structuration du schéma temporel n'est pas une altération survenue à un moment donné. Ce n'est pas non plus une détérioration, c'est le mode de pensée courant chez ces jeunes filles.

Le mouvement philosophique contemporain n'est sans doute pas étranger à cette attitude, mais il n'est pas seul en cause. La réflexion typique de la jeune fille, comme de l'actrice de cinéma, à propos de son troisième ou quatrième partenaire : « Cette fois-ci, c'est pour la vie que je l'aime », témoigne d'une incapacité de bénéficier de l'expérience passée, de la sienne propre comme celle d'autrui. « Le temps vécu est rétréci aux dimensions de l'événement immédiat et perd, dès lors la valeur de l'irréversible », écrivent Fau et ses collaborateurs qui soulignent également l'impuissance de ces adolescents à structurer le vécu temporel.

Le futur ne pèse rien, il est trop loin, trop douteux. La fonction d'anticipation, bien étudiée par J.-M. Sutter, n'existe pas. Ces adolescentes sont incapables de comprendre le principe de réalité, selon lequel il convient de différer un plaisir immédiat, pour éviter un désagrément actuel ou futur ou pour obtenir un plaisir plus grand par la suite. Le futur, c'est devenir vieux, ce qui est l'abomination de la désolation puisque les vieux eux-mêmes ont aujourd'hui honte de l'être.

Le présent seul compte donc. Le « Si tu t'imagines... » de Queneau fait, au fond, écho aujourd'hui au « Carpe diem » d'Horace et au « Vivez, si m'en croyez » de Ronsard.

II. — LES RESULTATS DES TESTS

C'est à M. Collet, psychologue, que nous sommes redevables de l'enquête à l'aide de tests mentaux. C'est un travail de patience, long et délicat que sa finesse psychologique lui a permis d'accomplir avec brio. Qu'il en soit ici remercié, en particulier pour la mise en évidence des perturbations de l'image paternelle au Thematic Apperception Test.

Au cours de l'analyse psychologique, quels tests ont été proposés ? et quels sont les résultats ?

Les tests proposés, centrés sur l'investigation de la personnalité sont :

- 1) le tests de vocabulaire de Binois et Pichot
- 2) le Rorschach
- 3) le T. A. T.
- 4) le M. M. P. I.

Les résultats sont les suivants.

TESTS DE NIVEAU

On avait déjà une notion du niveau intellectuel par les résultats scolaires, lorsqu'on nous les a fournis.

Lors des nombreux entretiens on acquerrait également une notion toute empirique du niveau intellectuel. Mais il est utile de chiffrer les quotients intellectuels grâce aux techniques psychométriques.

Le niveau socio-culturel est moyen. Le C.E.P. est couramment obtenu. Quelques-unes de nos suicidaires sont du niveau du B.E.P.C. mais juste à la limite, car en général elles ne tentent pas l'examen par peur d'un échec. Quatre poursuivent leurs études secondaires.

Quant au niveau intellectuel, on transforme les notes obtenues au vocabulaires ou aux matrices 38 en quotient intellectuel de moyenne 100 et d'écart type 15. On obtient des Q.I. allant de 90 à 113.

Le niveau moyen est donc normal et en accord avec le niveau socio-culturel.

TESTS PROJECTIFS :

Ils ont un intérêt majeur : aider grâce à leurs conclusions à étayer un diagnostic que la seule clinique n'établit pas formellement.

Des renseignements « en coupe » de la personnalité sont utiles en ce qui concerne le pronostic et l'abord thérapeutique. Car certaines de ces jeunes filles sont suivies à l'aide d'une psychothérapie de soutien.

En ce qui concerne l'avenir immédiat, quelques conseils à la famille sont nécessaires. Malheureusement on se heurte toujours au problème d'un milieu familial qui n'est guère apte à construire ce qu'il a si bien détruit. Il n'est pas interdit d'espérer, d'autant que dans certains cas les entretiens avec la famille ont permis une psychothérapie à l'échelon du groupe qui a pu aider la réinsertion sociale de l'adolescente.

Ce test permet dans certains cas de confirmer les résultats fournis par les tests de niveau intellectuel. Il souligne lui aussi les réelles possibilités des sujets car les niveaux sont presque toujours normaux. Quelquefois, il permet de rapporter à sa cause un résultat de niveau intellectuel faible : en effet, certaines inhibitions affectives en imposent parfois pour une pseudo-débilité. C'est grâce au test de Rorschach que le diagnostic peut être précisé.

Les réactions de culpabilité inhérentes au comportement suicidaire, disparaissent assez rapidement dans le cadre des réactions sociales banales. Mais elles réapparaissent très vite et sont même réactivées par la situation du test. Ces jeunes filles pensent que si elles subissent un tel examen c'est tout à fait injustifié. « elles ne sont pas folles » et ne voient pas l'utilité de telles épreuves. Malgré la préparation psychologique, des réactions d'hostilité atténuée ne sont pas rares, tout au moins au début. Elles prennent souvent l'aspect d'une simple bouderie, d'une mauvaise coopération et ceci suffit à introduire un coefficient d'erreur lors des tests psychométriques. Dans ces cas, le Rorschach révèle les possibilités intellectuelles effectives du sujet.

Autre élément majeur : l'immaturité affective est manifeste. L'affectivité est fort mal modulée, elle demeure de type infantile et il s'ensuit une recherche anxieuse de l'adaptation. Cette adaptation étant d'ailleurs impossible du fait des perturbations profondes de la personnalité. Ce mauvais développement affectif s'extériorise sous un aspect introversif-coartatif.

L'anxiété est présente dans tous les protocoles et n'est jamais que la résultante de conflits intrapsychiques mal structurés. L'agressivité violemment refoulée augmente encore l'anxiété, car elle est souvent dirigée contre les parents et source de culpabilité.

Par un phénomène projectif, cette agressivité, si redoutée, peut être attribuée à autrui et entraîne une peur devant l'hostilité du monde extérieur. Les pulsions sexuelles sont fortes mais demeurent souvent inconscientes en raison d'un processus de refoulement quasi constant. Si l'âge est bien celui de l'adolescence, les problèmes propres à cette époque de la vie chez d'autres sujets ne se posent guère qu'en terme de culpabilité à ces jeunes filles. La sexualité est ressentie comme dangereuse et ne fait que souligner l'aspect psychologique du comportement social « sexuel » dont nous avons déjà parlé. Il leur est donc inconsciemment impossible d'accéder à un équilibre dans l'état actuel des choses.

Il est probable, puisque nous ne nous trouvons pas devant des protocoles de névroses ou de psychoses, et que l'histoire clinique nous apprend qu'après la « période féconde », les tentatives disparaissent, que les résultats des tests projectifs doivent eux aussi se modifier dans le sens d'un meilleur équilibre et d'une effective stabilité affective. Il serait intéressant de pouvoir suivre à des intervalles réguliers les modifications révélées par ces tests projectifs. C'est là encore une « voie à défricher » que soulève ce vaste problème des conduites suicidaires vu à l'échelon du psychologue.

THEMATIC APPERCEPTION TEST DE MURRAY

Dans ce test le phénomène de projection au sens psychologique du terme est infra-conscient. L'identification à un héros est rendue plus facile par la présence d'une image déjà structurée.

On retrouve à l'analyse du contenu tout un aspect de l'adolescente face à son milieu social et familial. Ici transparaissent toutes les difficultés d'adaptation sociale dues à la profonde angoisse et à l'insécurité. En particulier quelques points sont constants dans presque tous les protocoles.

— *L'isolement.*

Cet isolement a lieu au sein de la famille d'abord, au sein du groupe ensuite. Il est une punition et cette punition est là, parce qu'il existe une culpabilité inconsciente. Il est probable que cette culpabilité est le résultat de l'agressivité infantile contre les parents qui se sont révélés particulièrement inaptes à répondre aux aspirations affectives de l'enfant.

— *L'inadaptation.*

Les thèmes de persécution « enfant martyr » reviennent avec une fréquence importante. Les thèmes d'indignité, d'incapacité à conquérir ou à conserver le bonheur sont encore plus nombreux.

« Je suis incomprise, voire persécutée », on retrouve là le trait caractéristique des inadaptés sociaux.

— *Les réactions.*

Devant ces difficultés, comment le sujet va-t-il réagir ? A un besoin d'autonomie, s'oppose un grand besoin de soumission. Le héros ne peut être indépendant sans aussitôt ressentir cette indépendance comme coupable. Finalement c'est la soumission qui l'emporte et la conduite des héros est celle d'enfants qui se font « gronder par leur maman » et qui promettent d'être bien sages. Cette immaturité affective existe pratiquement chez tous les sujets. Aucun tonus, aucun dynamisme ne leur permet de résoudre les conflits. Certes *tout se termine bien* comme dans les romans, les bons sont récompensés et les méchants punis. *Mais le héros pour atteindre ce but n'a pas à fournir le moindre effort* ou à faire preuve d'une quelconque initiative. Ce trait de personnalité explique peut-être pourquoi, un jour, alors que l'horizon était particulièrement bouché, ces jeunes filles ont pensé à la mort. Elles ont démissionné avant même d'avoir commencé la lutte.

Dans cette épreuve les parents nous apparaissent sous un jour favorable : protecteurs, affectueux, mais sachant aussi se faire obéir. Dans ce tableau, il faut voir l'image parentale dont rêvent ces jeunes filles. Les parents forment un bloc sur lequel on peut s'appuyer.

Par contre *l'image paternelle n'apparaît dans aucune des histoires* (plus de 100). On retrouve exceptionnellement quelques substituts : oncle, juge, patron, toujours méchants et rejetants. Même à la planche VI, G F (relations père-fille), ce thème banal ne se trouve dans aucun de nos protocoles. De plus les solutions proposées à cette planche dans la moitié des cas sont des conduites d'échec. Il en est de même à la planche 2.

Il est curieux de constater cette absence massive du père. Le syndrome de carence d'autorité paternelle ne semble donc pas une simple vue de l'esprit.

On peut considérer toutefois que les images des substituts paternels sont un moyen d'affirmer l'agressivité contre le père en donnant à la représentation pater-

nelle l'aspect dépréciatif que nous signalons. Mais cette tendance agressive est très rarement retrouvée. Il y a donc absence pure et simple de tout « bon père » dans nos protocoles. Ce fait ne laisse pas d'être surprenant. Comment apparaît l'image maternelle ?

L'image maternelle est par contre beaucoup plus satisfaisante. C'est une reprise de l'image parentale décrite précédemment. Il faut donc conclure que pour ces jeunes filles, le bloc des parents se réduit finalement à la mère.

Quant au couple, il est le plus souvent désuni. Pour un couple heureux, nous avons bien deux couples en conflit. L'homme en est jugé responsable par suite de son agressivité et de son injustice. Mais la femme est aussi infidèle que le mari.

En conclusion, il semble à travers ces T.A.T. se dégager le portrait d'une jeune fille encore très immature et sous la coupe parentale, ayant de bonnes relations avec une mère protectrice et autoritaire, ignorant le père (fréquence des thèmes fille-mère). Cette enfant est incomprise et persécutée. Elle est sans volonté et incapable d'agir. « C'est la destinée » ! Elle est condamnée au malheur.

— M. M. P. I.

Tous les protocoles présentent un profil très perturbé où domine le tableau d'une *inadaptation sociale sévère* avec quasi-absence de réactivité émotionnelle et incapacité à évoquer les conséquences des actes (Echelle Pd « Déviation Psychopathique » : note T la plus faible : 64. 3 ont plus de 70). Ceci est confirmé par une élévation importante de l'échelle F chez 5 sujets.

Cette inadaptation semble colorée de troubles caractériels de type paranoïaque : « Méfiance, hypersensitivité, idées de persécution » (échelle Pa élevée chez 5 sujets).

Enfin on relève 3 profils de personnalités psychopathiques, 2 profils plutôt psychotiques évoquant une schizophrénie paranoïde, et un dernier profil assez atypique. Il est remarquable de constater qu'*aucun de ces protocoles ne présente un profil névrotique.*

En résumé, la personnalité de ces jeunes suicidaires est donc très peu structurée et encore très immature. L'inadaptation sociale est évidente et son origine peut être imputée à une situation familiale désastreuse. Ce tableau psychologique n'est pas sans évoquer celui des jeunes délinquants. Chez ceux-ci les difficultés personnelles entraînent une révolte contre la société. Chez celles-là elles provoquent un refus, une capitulation, une fuite devant les ennuis de la vie.

LIMITES ET PERSPECTIVES

Ce travail est une étape préliminaire. Le nombre réduit de sujets ne permet pas de considérer cet échantillon comme étant représentatif de l'ensemble des jeunes filles hospitalisées encore moins de toutes celles qui ont fait une tentative de suicide.

Par ailleurs, l'examen d'un groupe contrôle de jeunes filles normales ayant sensiblement le même âge et le même niveau socio-culturel paraît indispensable. Mais constituer ce groupe est une tâche difficile.

Il serait également intéressant de comparer ce groupe de jeunes suicidaires à un groupe de délinquantes ou de malades mentales (névrosées en particulier). La comparaison de ces différents groupes permettrait peut-être d'isoler d'autres facteurs spécifiques pouvant expliquer « les conduites suicidaires des adolescentes ».

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1. — Denise, 16 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Denise est issue d'une famille de paysans et avant-dernière d'une fratrie de sept enfants. Le père décède d'un cancer quand Denise a 6 ans. La fillette en est très affectée. La mère, veuve tôt, est acariâtre et ne s'entend pas avec sa fille qu'elle place dès l'âge de 14 ans et demi, malgré le bon travail scolaire de l'enfant.

Denise travaille donc à Lyon dans une famille bourgeoise où elle est contrainte de travailler tard le soir. Fort peu nourrie, elle ne tarde pas à faire un véritable état dépressif par épuisement physiologique. Se sentant seule et abandonnée elle décide dès lors de mourir et avale un verre d'eau de javel diluée. Cette tentative sera malgré tout sans gravité immédiate, mais ses patrons la congédient rapidement.

NIVEAU INTELLECTUEL

Il paraît bon et Denise travaillait bien avant d'être obligée d'interrompre sa scolarité.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Denise est placée chez de nouveaux employeurs plus compréhensifs que les précédents.

Ayant fait la connaissance d'un jeune homme, elle sort beaucoup, va danser et un samedi soir, à la suite d'une dispute avec son fiancé, elle se croit abandonnée par lui, rentre chez elle et avale du trichloréthylène « parce qu'on lui avait dit que c'était toxique ».

Après traitement dans un service spécialisé elle est renvoyée chez elle et une violente altercation l'oppose à nouveau, elle et sa jeune sœur, à sa mère et à sa grand-mère. Des coups sont échangés et la mère, hypertendue, présente une hémiplegie droite avec aphasie au cours de la dispute. Le médecin appelé d'urgence constate à quel point ce milieu familial est perturbé et fait hospitaliser Denise.

Lors de l'entretien, cette dernière se présente comme très inhibée, anxieuse et s'attend à on ne sait quelle semonce. Pourtant le contact devient vite facile, elle raconte volontiers ses angoisses, ses peurs et implore un peu de compréhension.

Elle est très attachée à son père et à sa jeune sœur, par contre on note une forte ambivalence vis-à-vis de la mère qu'elle déclare tout net ne pas aimer puis aimer quand même. Elle pense qu'elle est cause de la paralysie de sa mère « puisque tout le monde le dit » et ne veut pas retourner chez elle, parce que tout recommencera.

De plus, la culpabilité de Denise est très forte et, dit-elle, déjà « sa naissance a été une erreur » car elle était « née bleue et aurait déjà dû mourir à ce moment ». Elle est très déprimée et un traitement est mis en route.

Le service social lui trouve une place de vendeuse dans un petit magasin tenu par une vieille dame. Denise peut retrouver, loin de son milieu familial, une ambiance plus calme qui contribue à améliorer peu à peu son état psychique.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— Comportement et présentation.

Denise se montre très coopérante tout au long de l'examen. Elle évoque son histoire sans grande réticence et sans trop d'ostentation.

— Matrice 38.

A cette épreuve le sujet obtient une note de 35 avec une lenteur importante. Ce qui donne par correspondance au Wechsler un Q.I. de 85. Si le niveau est faible on ne peut parler de débilité.

— Rorschach.

Ce test confirme un niveau d'intelligence faible. On note surtout un temps de latence très long. Par ailleurs, il semble qu'il y ait une détérioration des résultats au cours de l'épreuve, dont la première partie est supérieure à la deuxième. Ceci paraît dû à une difficulté dans la poursuite de la tâche.

L'affectivité est très inhibée de type coarctatif par suite de refoulements manifestes ; avec choc couleurs intense et même refus des planches colorées. On relève, en outre, un fort sentiment d'insécurité sinon un sentiment de persécution et surtout un syncrétisme infantile avec tendance à la fabulation.

Aussi ce protocole peu explicite est tout de même assez inquiétant et manifeste une perturbation de la personnalité assez importante.

T. A. T.

C'est à l'aide de ce test que s'extériorise le mieux le problème essentiel du sujet : le conflit entre un désir de vie sur le mode adulte et l'immaturité affective.

Entièrement dominé par ses pulsions sexuelles, le sujet ne leur oppose aucune résistance par suite de la faiblesse du sur-moi. Son impulsivité, son absence de contrôle le font céder à ses moindres désirs. Il s'en suit une certaine culpabilité qui se traduit par la recherche d'une punition. Aussi bien se conduit-elle comme une adulte dans sa vie sexuelle et sentimentale et comme une enfant en face des conséquences de ses actes : on la punit et on la gronde.

Cette absence de personnalité (elle subit les événements) jointe à son impulsivité sont d'un assez fâcheux pronostic.

Les images du couple parental qui apparaissent sont assez confuses. Le désir de bonheur conjugal est grand mais le sujet est incapable de prendre les décisions et d'assurer les responsabilités exigées par la recherche de ce bonheur.

Enfin il faut noter certaines incohérences dans le récit lui-même et particulièrement dans les issues de ses histoires. Ces incohérences ne font que ressortir la faiblesse de jugement et l'incapacité à prendre les événements en main.

M. M. P. I.

Le profil obtenu est peu valide et très perturbé. Il est certain que cette jeune fille n'a pas compris un certain nombre de questions. Ceci fait mettre en doute la validité du texte.

Toutefois l'adaptation sociale s'avère très mauvaise et l'aspect caractériel prédomine avec impulsivité et manque de réactivité émotionnelle. Au total l'immaturité affective, les tendances impulsives concourent à l'inadaptation sociale.

CONCLUSION

Personnalité sans structure impulsive avec forte culpabilité vis-à-vis du milieu familial qu'elle voudrait fuir. Blocages affectifs avec insécurité majeure et difficultés profondes d'adaptation du fait de l'infantilisme.

OBSERVATION N° 2. — Eliane, 18 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Eliane est l'aînée d'une famille de cinq enfants dont le père est employé et la mère ménagère. Curieusement cette famille qui paraît unie de l'extérieur est faite de personnages qui s'ignorent un peu les uns des autres. Les parents sont froids et distants et n'ont pas su créer un climat vraiment familial. La jeune fille ressent durement cette situation et à la suite d'une bonne scolarité primaire décide après son C.E.P. de ne plus retourner en classe et de travailler. Un engouement pour la dactylographie lui fait apprendre cette technique presque seule.

NIVEAU INTELLECTUEL

Bonne intelligence.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

À la suite d'une contrariété avec son fiancé et d'une dispute avec son père, elle fait une tentative spectaculaire en se tailladant les poignets, les blessures sont sans gravité. Mais le médecin juge la réaction assez pathologique et fait hospitaliser la jeune fille.

Au service, elle se prend d'engouement pour le métier d'infirmière et décide de venir aide-soignante. Elle quitte le service en ayant trouvé une place dans une clinique, obéissant ainsi à sa nouvelle vocation. La personnalité est évidemment très immature.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— *Comportement et entretien.*

Eliane est tout à fait à l'aise au cours de l'examen, mais limite volontairement ses réponses. Elle n'aime manifestement pas parler de sa vie personnelle et de ses propres conflits. La tentative de suicide est très culpabilisée « c'est de la folie, je ne recommencerais plus ».

Les rapports avec le père sont teintés d'ambivalence, faits alternativement d'entente et de disputes. C'est d'ailleurs au cours d'une de ces dernières qu'elle a fait sa tentative. L'altercation avait été en effet plus violente que de coutume.

— *Test de Vocabulaire.*

Elle fait preuve d'application et de réflexion, elle obtient un Q. I. WECHSLER de 113.

— *Rorschach.*

Le test est mal supporté, elle ne donne qu'une réponse par planche, cherche à deviner la bonne réponse. Elle est vite décontenancée par le manque de structu-

ration des planches et ses réponses sont hésitantes et faites de critiques à propos de ses interprétations.

C'est un peu son attitude générale dans la vie ; elle ne veut surtout pas se tromper et n'accepte de parler des choses que dont elle est certaine.

Ce qui domine la personnalité d'Eliane, c'est une grande insécurité et une bonne volonté un peu impulsive qui la conduit à se jeter dans plusieurs situations sociales avec chaque fois le même engouement et c'est là aussi une manifestation de l'insécurité profonde bien compréhensible dans ce milieu familial hostile.

CONCLUSION

Insécurité affective avec tendance au scrupule mais sans éléments névrotiques. L'insécurité du milieu extérieur entraîne une attitude de repli où apparaissent de temps à autres des réactions d'impulsivité.

OBSERVATION N° 3. — Marie-Thérèse, 17 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Marie Thérèse âgée de 17 ans est la 3^e d'une famille de 5 enfants. La mère travaille au foyer. Le père alcoolique invétéré, plusieurs fois désintoxiqué, sans succès d'ailleurs, est en invalidité par suite d'une silicose. Violent et emporté il est sujet à des crises d'autorité entre lesquelles il se réfugie dans son passe temps favori : l'alcoolisme.

La jeune fille travaillait bien en classe et préparait le C.A.P. de dactylo. Tout allait bien et les succès laissaient envisager avec juste raison, un résultat favorable à son examen lorsque, brusquement elle décide d'interrompre ses études, prétextant une dispute violente avec son père qui lui reproche de « trop user d'électricité pour ses travaux du soir ».

Elle trouve alors à se placer comme employée de maison. Logée chez ses patrons elle prétend s'ennuyer ferme malgré les visites peu gratifiantes il est vrai, qu'elle fait à sa famille.

Niveau intellectuel.

Le niveau est bon, les études poursuivies sont là pour en témoigner.

Histoire de la tentative.

Après une journée où elle s'est particulièrement ennuyée et au seuil d'une bouffée dépressive elle avale des barbituriques et se taillade les poignets.

Il semble que cette tentative se soit produite au cours d'un épisode semblable à ceux qu'elle a déjà vécus. Au sortir du coma, la jeune fille met son acte sur le compte « d'un coup de cafard ». En fait on note bien quelques bizarreries du comportement avec, parfois, un sentiment d'étrangeté.

Par ailleurs la façon dont elle a brusquement décidé d'interrompre ses études, sans prétexte valable, témoigne d'une instabilité d'humeur assez grande. Le médecin traitant envisagerait même un processus dissociatif évoluant à bas bruit. Comme le confirme les tests ce diagnostic n'est pas à rejeter, mais tout au contraire invite à surveiller l'évolution. Elle est suivie par notre consultation externe.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Le niveau intellectuel de cette jeune fille est normal (Q.I. = 104). Ses possibilités ne sont peut être pas très grandes mais elle sait les utiliser correctement.

Le Rorschach nous montre une personnalité encore très immature. L'inhibition

est grande mais elle peut être surmontée. Très repliée sur elle-même, elle manque d'ouverture envers autrui. Les relations avec les parents ne sont pas satisfaisantes le père semble particulièrement redouté.

— T. A. T.

Le T.A.T. est bien accepté. Apparemment le sujet y prend plaisir. En fait, il apparaît rapidement que cette jeune fille ne raconte que des faits sans importance : elle évite les sujets qui lui tiennent trop à cœur.

Encore très infantile, elle n'est pas à l'aise dans son statut d'étudiante : elle culpabilise le fait qu'elle est à la charge de sa famille. D'ailleurs n'est ce pas l'origine du conflit ?

Son manque de personnalité est évident : elle ne prend aucune initiative ; très dépendante vis à vis de ses parents et en particulier de sa mère, elle subit les événements contre lesquels elle ose à peine se révolter.

Un fort sentiment de jalousie semble dû à un complexe d'infériorité et un sentiment d'échec. Elle est persuadée qu'elle ne peut comme les autres, prétendre à l'amour et au bonheur. C'est toujours à cause d'elle que tout va mal. Elle accumule les échecs et s'abandonne au désespoir. La tonalité dysphorique est vraiment prédominante.

Si quelqu'un l'aime, les circonstances la prive de sa présence et de son affection.

En général tout se termine bien, mais sans aucun effort de sa part. Les fins moralisantes et faciles se multiplient.

Les parents apparaissent comme de bons parents. Ils font des sacrifices pour permettre à leur fille d'acquérir une formation supérieure à la leur. La mère est particulièrement soucieuse du bonheur de sa fille. Elle veille sur elle et se montre un peu trop sévère.

Le couple est heureux en principe. Mais il rencontre des difficultés soit pour exister, soit pour persévérer. La femme y est plus infidèle que le mari.

Il faut noter enfin que cette jeune fille semble dotée d'un surmoi très fort. La moindre incartade ou le plus petit échec provoque un énorme sentiment de culpabilité ou d'indignité. Il semble que les problèmes de la vie sexuelle soient encore mal assumés et source d'angoisse.

CONCLUSION

Éléments dépressifs certains chez une jeune fille à la personnalité encore immature. La faiblesse du moi rend le pronostic assez défavorable bien que la personnalité ne soit pas très pathologique.

OBSERVATION N° 4. — Henriette, 18 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Henriette est la 5^e d'une famille de 14 enfants. Le père est un éthylique qui ne travaille pas depuis deux ans et la mère s'épuise pour nourrir cette nichée.

Très tôt, la fillette a présenté des troubles caractériels et « n'en fait qu'à sa tête ».

NIVEAU INTELLECTUEL

Venant d'un milieu très pauvre, Henriette n'a guère prolongé une scolarité que son intelligence assez fruste ne facilitait pas. Elle passe toutefois son C.E.P.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Une déception sentimentale, quelques critiques acerbes d'une amie, et il n'en faut pas plus pour que Michèle décide d'« en finir ». Sur le champ elle avale des comprimés d'Imménocet et de l'aspirine et ouvre le robinet du gaz.

Rapidement secourue, elle ne parle presque plus de sa tentative, c'est « un coup de tête » comme les autres et il ne fait pas date.

Lors de l'entretien elle se révèle fruste, très immature affectivement et présente une nervosité caractéristique qui fait qu'elle ne tient littéralement « pas en place ».

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— Présentation et comportement.

Tout au long de l'entretien, elle se sent mal à l'aise. Elle ne sort de l'inertie qu'en abordant son problème personnel et l'histoire de son suicide.

— Matrices 38.

L'épreuve est passée rapidement. Elle révèle un niveau assez faible. Les possibilités intellectuelles du sujet sont réduites.

— Rorschach.

Le protocole est pauvre, confirmant les résultats précédents. Les bonnes formes, peu nombreuses sont pour la plupart des banalités.

Le test révèle par ailleurs l'infantilisme de la personnalité et une affectivité mal développée : ses rapports affectifs sont très limités sinon bornés.

— T. A. T.

Tout d'abord le sujet présente des difficultés de compréhension de la consigne. Perpétuellement elle retourne à une description de l'image donnant les bonnes raisons de sa description. Elle se révèle encore là très infantile, accepte de se conduire et d'être grondée comme un enfant et est incapable de la moindre initiative ou d'assumer une quelconque responsabilité.

Son problème actuel semble se centrer sur l'absence de son fiancé. Le retour de celui-ci doit « tout arranger ».

À ce désir d'affection, d'entente avec le fiancé, s'oppose une absence de sentiment assez étrange. Les histoires sont sans émotion et sans vie. Cette absence de tonalité affective semble inquiétante. L'élément dépressif clinique domine évidemment ce tableau qui pourrait laisser envisager la possibilité d'une évolution psychotique.

CONCLUSION

Tout concourt à la pauvreté de la personnalité : le niveau intellectuel assez bas, l'immaturité et l'infantilisme.

Une thérapie à visée anxiolytique et relaxante diminue un peu l'extrême nervosité de la jeune fille. L'intelligence assez fruste ne permet qu'un contrôle régulier de l'activité et une psychothérapie de soutien assez simpliste. Henriette ne se représente pas à notre consultation.

OBSERVATION N° 5. — Catherine, 17 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Parmi les antécédents héréditaires on relève le suicide du grand-père paternel et du grand père maternel tous deux vers l'âge de 45 ans.

Après une enfance sans histoire, Catherine sera contrainte de quitter sa terre natale, l'Algérie, et gardera une attache profonde pour ce pays qu'elle ne peut évoquer sans nostalgie.

Elle fait un séjour en Guyanne, s'y adapte assez mal et, d'Octobre 1961 à Mai 1963 elle fera 3 tentatives de suicide sans cause déclanchante apparente, aucun motif n'est décelable même inapparent, ces tentatives surviennent assez impulsivement après une phase paradoxalement euphorique.

Tout au plus la crise juvénile d'adolescence se teinte d'un sentiment d'étrangeté et d'une nette impression d'incompréhension.

Précisons enfin que la jeune fille a deux sœurs aînées et une sœur plus jeune dont elle est un peu jalouse.

NIVEAU INTELLECTUEL

D'un bon niveau Catherine est en seconde dans un lycée, et bien qu'un peu paresseuse elle travaille avec succès.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

A la suite d'une phase euphorique, discrètement hypomaniaque, au cours d'un séjour chez sa sœur, elle avale du Librium et tente de s'ouvrir les veines. Après un sommeil de 24 heures, elle est hospitalisée et tout semble aller pour le mieux sous traitement antidépresseur et antiolytique lorsque, trompant la surveillance, elle tente de se suicider en avalant des comprimés de Tylciprine et de se pendre à l'aide du cordon de son peignoir.

Elle est ranimée et traitée juste à temps. On décide alors étant donné le contexte de survenue de ces actes impulsifs, au sein d'un tableau dépressif, d'avoir recours à la Sismothérapie. Les résultats sont bons et une franche amélioration se dessine.

En effet, ces tentatives survenant sur un mode pulsionnel, au sein d'un raptus anxieux laissent évoquer une atteinte maniaco dépressive.

La famille décide de reprendre la jeune fille et la mère, un peu anxieuse, ne sait trop comment se comporter avec elle, craignant d'être trop autoritaire ou trop complaisante. Mais le milieu familial n'en est pas moins coopérant et cohérent.

On apprendra qu'après une tentative sans gravité à Marseille, Catherine semble peu à peu s'insérer dans la vie et veut « oublier le passé, tout ça c'était des histoires ».

2 ans après ces épisodes elle semble bien stabilisée et poursuit ses études.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— *Présentation et comportement.*

Dès l'abord on note une attitude de mise en garde dont la jeune fille se départira lentement au cours de l'entretien.

Au test de vocabulaire de Binois et Pichot, le niveau intellectuel obtenu est moyen (Q.I. = 104).

Au Rorschach, par contre, les possibilités intellectuelles s'avèrent meilleures. Mais l'efficiencia du sujet est un peu dissimulée par des mécanismes de défense très importants. Les réponses sont banales. Les problèmes affectifs sont nombreux et intenses. L'immaturité affective est évidente. L'absence de réponse-contenu confirme d'une part le blocage dû à des résistances affectives, d'autre part le refoulement des problèmes. L'anxiété est toujours au premier plan. Bien qu'attirée par les autres elle ne parvient pas à avoir des contacts sociaux normaux. Il s'agit d'un protocole d'adolescente un peu opposante encore très immature et infantile, manifestant par ailleurs une certaine finesse intellectuelle.

T. A. T.

L'aspect dépressif domine le protocole. Cette jeune fille s'estime malheureuse et incomprise. Ce sentiment d'indignité repose sur un sentiment de culpabilité assez diffus : c'est une enfant qui a constamment besoin d'être punie, grondée, voire battue.

Ce qui lui paraît le plus déprimant c'est son manque d'élan vers l'extérieur. Tout l'ennuie et surtout le travail. Seul le jeu conserve encore quelque attrait. La seule consolation consiste à se dire « Je suis malheureuse mais je n'en souffre pas puisque je le sais ».

Ce refus de la vie se traduit par une inertie et une passivité assez exceptionnelle. Vaincue d'avance elle accepte le malheur.

Son immaturité affective en fait une petite fille qui se plaît à faire vivre et parler des animaux. Elle donne même aux adultes des comportements infantiles en contradiction avec leur situation et ne voit pas ce non-sens.

M. M. P. I

Le profil obtenu est très perturbé mais aussi peu valide. Des éléments caractériels se dessinent ainsi qu'une inadaptation sociale sévère avec une grande facilité de passage à l'acte.

Cette composante sthénique fait redouter la récurrence et c'est bien ce qui se produit sur le plan du comportement de cette jeune fille.

CONCLUSION

On trouve donc une tonalité générale dysphorique. Le sujet a une mauvaise opinion d'elle-même et se présente sous un jour défavorable. L'ensemble évoque plus un épisode maniaco-dépressif qu'une simple dépression réactionnelle. Quand à l'hypothèse d'un processus névrotique elle est à écarter.

OBSERVATION N° 6. — Marie-Bernadette, 17 ans.

INTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Le père de Bernadette est un éthylique qui n'a évidemment aucune autorité dans le milieu familial. Très diminué, il est pratiquement absent du foyer ou alors sujet à de très violentes crises de colères lors de ses brèves apparitions.

La mère avare et autoritaire se présente d'une manière affable « trop polie » et cherche à minimiser le problème de l'alcoolisme du mari, croyant naïvement que « ça ne se sait pas ».

Une sœur plus âgée est mariée et vit loin de ce foyer.

Bernadette grandit dans cette ambiance, en en souffre beaucoup tout au cours de son enfance.

NIVEAU INTELLECTUEL

Le niveau est bon et la jeune fille en seconde dans un lycée technique travaille avec application.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

A la suite d'une dispute avec sa mère, Bernadette avale des comprimés, elle ne sait pas lesquels, toutefois elle en prend peu, est traitée par le médecin de famille et renvoyée ensuite au lycée. Cet épisode a lieu durant les vacances. Au lycée par contre elle fait une nouvelle tentative, cette fois en tentant de s'ouvrir les veines avec une lame de rasoir. Elle est hospitalisée à la suite de ce comportement.

Dès le début de l'entretien, le milieu familial se révèle être pour elle insupportable entre la mère qui cherche à tout prix à masquer à autrui et à elle même l'état du père et ce personnage, alcoolique plus ou moins violent. Bernadette déclare qu'elle ne peut plus vivre dans cette ambiance et qu'elle n'a pas vu d'autres solutions que le suicide. Le fait est que lorsqu'elle se trouve au lycée elle est mieux, mais ne peut guère parler de son problème familial. Elle aussi, est contaminée par le sentiment de honte maternelle vis à vis de l'éthylisme du père.

La sœur nous confirmera l'ambiance déplorable du foyer : « La vie est impossible chez nous, je comprends ma sœur mais je ne pensais pas qu'elle aurait fait cela ».

Il ne semble y avoir derrière cette tentative qu'un épisode dépressif réactionnel chez une adolescente, acculée au suicide parce qu'il n'y avait pas de solution pour échapper à cet enfer.

La vie de pension et le séjour proposé en colonie de vacances devaient permettre avec une psychothérapie de soutien une mise à distance du foyer familial.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

L'examen fut rendu difficile par suite de l'opposition du sujet. Bernadette s'est toujours montrée très ambivalente elle désire et refuse tout à la fois qu'on s'intéresse à elle. Elle est persuadée qu'elle n'est bonne à rien. Peu à peu, le contact va s'établir mais il restera toujours très peu chaleureux.

Les idées de mort sont très importantes. Mais il faut noter une discordance entre l'intensité de ces idées et les motifs qu'elle donne. Cette tentative de suicide est un appel au secours, une main qui se tend.

Il est vrai que le milieu familial est particulièrement peu gratifiant : père alcoolique, véritable clochard, une mère très autoritaire, coléreuse et peu compréhensive. Enfin la sœur et son mariage manqué sont probablement au cœur du problème : il exerce chez le sujet un sentiment de jalousie, et une rivalité certaine avec cette sœur aînée.

L'examen psychologique nous confirme si besoin était la grande inhibition du sujet. Les possibilités intellectuelles du sujet sont moyennes et mal utilisées par suite d'un manque total de confiance en soi.

Introvertie pure, égocentrique, cette jeune fille est repliée sur elle-même. Ses rapports avec l'entourage sont difficiles. Les émotions sont redoutées et la vie affective réduite au minimum surtout dans ses manifestations extérieures. La jeune fille vit en dehors du réel, du concret.

Les images parentales déficientes n'ont pas permis une bonne identification féminine. La jeune fille se sent mal à l'aise dans son statut de femme et préférerait la virilité. La sexualité est donc mal intégrée. On relève des sentiments de culpabilité dû à un surmoi très puissant et une tendance très nette à l'exhibitionnisme.

Enfin, l'agressivité ne peut s'exprimer autrement qu'en se retournant contre le sujet lui-même.

Le M. M. P. I. est très perturbé et plutôt d'allure psychotique.

CONCLUSION

L'importance de l'anxiété, les idées de mort assez discordantes et la difficulté de communication rendent le pronostic assez sombre. Le milieu familial très défavorable explique cette réaction.

OBSERVATION N° 7 — Nicole, 24 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

L'enfance de Nicole s'est déroulée à peu près normalement. Cette enfant unique qui n'a guère trouvé d'autorité autour d'elle a été habituée à n'agir qu'à sa guise. Elle décide de se marier et le conjoint est un fils unique tout aussi immature qu'elle, assez coléreux et peu travailleur. Elle a présenté un épisode dépressif il y a trois ans. Ils ont deux enfants âgées de 1 et 3 ans 1/2.

NIVEAU INTELLECTUEL

Le niveau est moyen sans plus.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Le jeune ménage vit dans des conditions très précaires et le mari de Nicole passe dit-elle la plus grande partie de son temps chez ses parents où il retrouve l'ambiance familiale que son infantilisme réclame. Le mari de son côté prétend que sa jeune femme se désintéresse des enfants, les confie aux voisins et part se promener ou danser. Il est probable que la vérité est à mi chemin entre les deux versions et que les deux conjoints sont aussi infantiles l'un que l'autre.

Après une dispute violente, Nicole avale des barbituriques au cours d'une phase d'agitation hypomaniaque avec agressivité violente envers « le monde entier ».

Après son admission, elle est un peu abattue durant quelques jours puis redevient très narcissique revendicatrice et très discrètement hypomaniaque. Une chimiothérapie ramène l'humeur à un niveau plus acceptable mais le problème caractériel est important, les tendances paranoïaques d'un infantilisme puéril dominant le tableau clinique.

On ne peut qu'être circonspect quant à l'avenir de cette jeune femme.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Le problème central autour duquel a gravité cet examen fut celui de la sincérité du sujet. Présentée par les autres et en particulier par son mari comme une femme légère, elle s'en défend et accuse au contraire son mari. Qui croire ?

Mariée depuis 6 ans, elle a 2 enfants. Placée jusqu'à son mariage comme employée de maison, ses troubles seraient apparus en 1963 où elle fut hospitalisée une première fois. Elle aurait, dit-elle, fait une crise dépressive. Son mari ne s'occupe pas d'elle. Toujours absent de la maison, il court les cafés et sort le dimanche avec ses parents. Il ne rentre que pour réclamer son dû, l'amour « J'y ai droit ».

Elle pendant ce temps, resterait à la maison et s'occuperait de ses enfants. Le mari présente un tableau fort différent. Il prétend qu'elle n'est jamais à la maison et qu'elle dépose très souvent les enfants chez ses propres parents pour aller courir.

La réponse nous est donnée par le M. M. P. I. Un profil de type 634... nous fait voir en cette malade une inadaptée sociale présentant une grande immaturité affective et surtout un caractère paranoïaque certain ; le Rorschach et le T. A. T. revus dans cette perspective confirment cette hypothèse.

Les revendications nombreuses, le sentiment de persécution, la méfiance, l'absence de contact avec autrui, l'égoïsme forcené, le manque total de contrôle de son affectivité avec une impulsivité assez importante plaident en faveur de cette hypothèse.

Par ailleurs, on observe une érotisation fréquente des situations diverses.

La sexualité semble obsédante mais le sujet ne veut pas en parler et les mécanismes de défense sont nombreux. Cette femme développe un fort sentiment de culpabilité à ce sujet.

CONCLUSION

« Personnalité paranoïaque. Pronostic défavorable. Conduite anti-sociale probable.

OBSERVATION N° 8. — Michèle, 19 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Abandonnée par ses parents à l'âge de 5 ans, Michèle est placée à l'assistance. Elevée en milieu rural jusqu'à l'âge de 15 ans, elle habite dans un foyer dépendant du Centre de l'Enfance.

Elle a toujours souffert et souffre encore d'une carence affective profonde. Elle a fait deux tentatives de suicide par barbituriques à 16 ans et 18 ans.

NIVEAU INTELLECTUEL

Le niveau est bon. Michèle poursuit des études en 4^e commerciale avec assez de succès.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Cette jeune fille n'a guère qu'une amie, à qui elle se confie peu. Elle a par ailleurs des amis masculins, mais qui ne sont que des partenaires sexuels, la sexualité étant d'ailleurs pour elle plus un moyen qu'une fin, sa carence affective profonde dominant toute sa personnalité.

C'est chez son amie qu'à la suite d'une phase dépressive elle absorbe des barbituriques. Elle prétend les avoir pris pour dormir longtemps sans avoir l'intention de se donner la mort. Elle est même étonnée de se réveiller à l'hôpital.

C'est le cas type de l'adolescente totalement désinsérée affectivement, ayant une vie en marge de la société sans racines affectives. Elle ne cherche à revoir ni ses parents adoptifs, encore moins son père « ça ne me servirait à rien du tout ». Fantastique et sujette aux « coups de tête », elle est très primaire dans ses réactions. Malheureusement les difficultés qu'elle rencontre sur le plan de la vie sociale la rendent dans l'état actuel à peu près inadaptable.

Force est de l'hospitaliser dans un hôpital psychiatrique en attendant les résultats de la psychothérapie proposée.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Titulaire du C.E.P., ayant poursuivi des études secondaires au delà de la 4^e (branche commerciale), cette jeune fille, confiée à l'Assistance Publique à l'âge de 5 ans par déchéance des parents, a des possibilités intellectuelles tout à fait normales : elle est même si exigeante qu'elle préfère se taire plutôt que de donner au Rorschach des réponses imparfaites.

Son développement affectif, lui, semble beaucoup plus en retard. A toutes les épreuves, on retrouve des signes d'infantilisme affectif, d'immaturité. Elle a énormément besoin d'être choyée et de choyer les autres : c'est un gouffre sans fond.

Son inadaptation sociale est évidente : ses tentatives de suicide suffiraient à l'évoquer : au T. A. T., on relève un certain sentiment de persécution : elle est épiée, surveillée. Et pourtant sa conduite est tout à fait irréprochable, ceci quelque peu en contradiction avec son comportement réel (fugue, etc...) traduit probablement un souci réel de moralisme assez rigoureux. Au T. A. T. les histoires se terminent toujours bien et comme il convient. Toutefois, cette inadaptation n'est pas si grave. Elle est capable de se sortir d'affaire en prenant la décision qui convient.

L'anxiété est réelle : elle est surtout intense devant les situations nouvelles (comportement très inhibé au cours de la première séance). Elle semble également se fixer autour des problèmes sexuels.

La vie sexuelle lui apparaît comme dangereuse, comme une agression dirigée contre elle même. Et pourtant ses préoccupations sexuelles s'expriment tout au long des épreuves, même au M. P. I. où l'échelle Mf est particulièrement basse. A un attrait réel s'oppose une crainte non moins vive pour ces conduites : l'homme lui paraît infidèle, brutal ; on ne peut lui faire confiance.

CONCLUSION

Le pronostic reste cependant favorable. La personnalité n'est pas complètement inexistante. Elle sait ce qu'elle veut, elle est capable de réussir en accomplissant des efforts personnels. Son « Moi » est relativement structuré. Une psychothérapie serait souhaitable et devrait réussir.

OBSERVATION N° 9. — Nicole, 17 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Nicole n'a jamais connu sa mère qui, divorcée ne cherchera pas à revoir sa fille. Le père est remarié et gardera la fille. Elle lui est très attachée mais ne s'entend pas avec sa belle-mère. A 11 ans, l'hostilité devient telle que la fillette sera définitivement confiée à ses grands-parents. Elle ne reverra plus son père et ce sera un choc affectif important. Depuis, Nicole fait un peu ce qu'elle veut et travaille sans goût, d'une manière discontinue.

— *Niveau social.*

Passe son C.E.P. et arrête ses études en quatrième, plus par manque d'intérêt que par difficultés scolaires.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

A la suite d'une violente dispute avec la grand-mère au cours de laquelle cette dernière, particulièrement énervée, aurait dit à la jeune fille « tout ce qu'elle avait sur le cœur » et manifesté une hostilité insoupçonnée avec menaces de la renvoyer chez son père, Danielle abasourdie sort et en passant près de la rivière décide de se noyer.

A l'entrée, le contact est bon et elle critique bien son comportement, tout en reconnaissant que si la seule personne à qui elle est attachée lui est hostile, alors...

Evolution. L'état psychique est bien amélioré par l'hospitalisation. Danielle sort en ayant trouvé un travail, mais l'immaturation affective assombrit le pronostic.

E.E.G. : tracé comportant quelques éléments dysrythmiques sur un fond évoquant un certain degré d'immaturation

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— *Comportement et entretien.*

Très à l'aise au cours de l'entretien, Nicole fait preuve d'une excellente coopération. Elle aborde ses problèmes sans réticence et parle tout de suite de ses grands-parents et du manque d'autorité du grand-père. « Je lui fais faire tout ce que je veux. »

— *Test de Binois et Pichot.*

Le sujet avec 27 réponses obtient un Q.I. Wechsler à 113. Les possibilités intellectuelles sont donc bonnes.

— *Rorschach.*

L'efficacité intellectuelle est bonne et on observe une recherche appliquée des bonnes réponses. Mais peu à peu le sujet abandonne cette attitude et devient incapable de maîtriser son anxiété.

La personnalité apparaît assez bien structurée mais encore immature. De type extra-tensif, l'affectivité est mal contrôlée. Il existe une impulsivité certaine. Le contrôle émotionnel n'est pas suffisant, on observe, par ailleurs, un refoulement de l'agressivité : redoutée de la part des autres, elle est culpabilisée quand elle vient du sujet lui-même.

Ce protocole est un peu perturbé, si des problèmes existent l'évolution permet d'être envisagée avec optimisme.

— *T. A. T.*

On relève immédiatement une opposition entre les parents dont elle rêve et ceux qu'elle n'a pas eus.

A son père elle reproche de lui refuser aide financière et surtout affection. A son égard elle manifeste une sourde agressivité qu'elle n'ose exprimer clairement. Par contre, nous voyons apparaître des parents attentifs, préoccupés du bonheur de leurs enfants. C'est que cette jeune fille a énormément besoin d'affection.

Pour lui faire oublier son abandon elle a besoin de l'amour des autres, l'on comprend mieux sa tentative de suicide : elle a cru perdre l'affection de la grand-mère, la seule personne qui se soit intéressée à elle. Dès lors, plus rien pour elle n'existait, il valait mieux mourir.

Un autre problème se poserait pour elle : la délinquance, comme tous les inadaptés sociaux elle est attirée par le vol. Mais un sur-moi salubre culpabilise la moindre défaillance.

On voit donc qu'il existe des éléments positifs et on peut espérer qu'elle parviendra à résoudre ses problèmes. Enfin, des possibilités intellectuelles réelles, malgré le contenu enfantin des récits doivent lui faciliter une meilleure intégration sociale.

CONCLUSION

La carence affective, dans le sens large du terme, a conduit la jeune fille à sa tentative, elle s'est sentie abandonnée après une dispute avec un substitut de la mère. La carence d'autorité paternelle est également évidente. Mais les résultats des tests n'objectivent qu'un infantilisme affectif qui améliore le pronostic.

OBSERVATION N° 10. — Danielle, 21 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Abandonnée par sa mère à l'âge de 18 mois, Danielle est placée ainsi que sa demi-sœur en orphelinat, jusqu'à l'âge de 8 ans, puis confiée à des religieuses où elle reste jusqu'à son mariage. Vers l'âge de 14 ans, son père essaye d'abuser d'elle. Cet épisode marque profondément la jeune fille.

Mariée à un artisan maçon, le ménage est en proie à des soucis financiers majeurs.

NIVEAU INTELLECTUEL

Le niveau est moyen.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Devant la gêne financière du ménage, Danielle travaille en usine. De constitution fragile, elle est vite surmenée et présente des épisodes dépressifs à répétition au cours desquels elle fait plusieurs tentatives de suicide sans gravité en absorbant des barbituriques. Cette conduite apparaît au cours d'une aggravation de l'état dépressif plus ou moins permanent. Elle est très immature mais la vie ne lui a guère souri.

Elle sort prématurément sur sa demande avec un traitement antidépressif et paraissant nettement améliorée.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Comportement et entretien.

Danielle est très coopérante et l'entretien se déroule dans une ambiance favorable. On relève toutefois certaines contradictions : cette apparente confiance n'est qu'une façade dont certains volets restent hermétiquement clos : en effet, à aucun moment elle n'évoque ses tentatives de suicide ! Il semble qu'elle parle volontiers de ce qui ne la gêne pas et par contre certains sujets demeurent tabous.

Le test des mots de Jung révèle une femme très religieuse dont la morale est exigeante. Elle est avide de perfection non seulement pour elle-même mais aussi pour les autres.

On relève par ailleurs une certaine ostentation, une certaine complaisance à se montrer sous un beau jour. Cet entretien est dominé par les louanges à l'égard d'un mari qui est beau et qui l'a choisie. Certes il est plus âgé mais il est « raisonnable » et on ne lui préférerait pas un gamin. Et pourtant à demi mots elle se souvient qu'elle est encore bien jeune ! Les obligations du mariage lui pèsent et ce n'est peut-être pas uniquement pour arrondir le budget qu'elle a voulu travailler en usine. Peut-être voulait-elle fuir ses obligations et gagner un peu d'indépendance. De plus la sexualité paraît assez mal intégrée et les relations sexuelles semblent vécues comme coupables plus ou moins obscurément. Enfin on peut noter un désir d'accomplissement. Elle voudrait sortir de son milieu et les soucis financiers ne facilitent pas cette promotion.

Au test de vocabulaire on obtient une note brute de 27, soit un Q. I. de 113. On peut donc conclure que son niveau intellectuel est nettement supérieur à la moyenne.

— *Rorschach.*

On retrouve les bonnes possibilités intellectuelles déjà signalées. Il suffit cependant du moindre choc émotif pour que soit observé une brusque chute de l'efficacité intellectuelle (hyperémotivité). La personnalité est mal structurée et l'affectivité immature. Plutôt extratensive on observe surtout un manque d'assurance intérieure que traduit un grand nombre de signes. C'est ce manque d'assurance intérieure qui est la cause d'une anxiété diffuse, le sujet a perpétuellement besoin d'être rassuré et de se rassurer elle-même.

Le sujet est capable de s'affirmer voir même en s'opposant. Mais il est surpris par son audace et il s'excuse d'un acte qu'il considère comme coupable. Les contacts sociaux s'avèrent difficiles. Enfin le refus de la planche 8 confirme l'existence de problèmes affectifs dont l'origine pourrait être une image maternelle non satisfaisante.

Ce protocole donne l'impression d'une adolescente presque une petite fille aux possibilités pourtant réelles.

— *T. A. T.*

Le problème qui semble préoccuper cette jeune femme est celui de son bonheur conjugal. Tout le protocole est dominé par des histoires de couples plus ou moins satisfaits : ou bien l'homme est infidèle ou bien c'est la femme qui l'est et réussit à le cacher à son mari. Elle décrit à propos de l'une des planches son idéal : une famille unie, des époux amoureux, des enfants adorables réconfort des parents. On peut penser que chez elle tout ne se passe pas comme dans cette vision romanesque.

La déception semble grande mais elle ne veut pas se l'avouer. Elle veut être rassurée à tout prix et se rassurer elle-même. Son mariage a-t-il été vraiment voulu par elle ? Frustrée dans son affection par l'inexistence de ses parents, elle a épousé le premier homme qui l'a demandée en mariage et elle éprouve le besoin de justifier cet acte. On peut dès lors se demander si ce mariage ne s'est pas fait un peu à contre-cœur. Peut-être le regrette-t-elle seulement maintenant ? Tout n'est pas simple et limpide et les réactions de cette jeune femme très immature sont fortement teintées d'ambivalence.

CONCLUSION

Ainsi donc on se trouve en face d'une personnalité affectivement très immature dont l'existence est plus rêvée que vécue, au sur moi très fort, avec en conséquence une anxiété et une culpabilité majeures. Le problème de l'avenir conjugal est rendu délicat du fait de l'aspect « petite fille » de la personnalité.

OBSERVATION N° 11. — Annie, 17 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Annie a déjà fait trois tentatives de suicide, deux fois en absorbant des somnifères et une fois en se tailladant les poignets.

Sa mère s'est mariée après la naissance d'Annie. L'homme qui l'a épousée n'est pas le père de la fillette et l'enfant sera toujours très agressive envers ce beau-père, d'ailleurs pratiquement inexistant. La mère, très pusillanime, n'a aucune espèce d'autorité sur sa fille.

NIVEAU INTELLECTUEL

Elève en 2^e au lycée, Annie travaille assez bien. Particulièrement douée pour le français, elle est très attachée à son professeur et lit beaucoup.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Comme les autres fois, c'est au décours d'une crise de tristesse de plusieurs semaines que la jeune fille attente à ses jours. Une seule idée la hante : la mort, symbole de repos définitif et de choix, équivalent à un refus de la vie et de la société. Elle avale des barbituriques.

Annie justifie volontiers sa tentative par des références à des thèmes existentialistes. Elle lit beaucoup mais comprend peu et tente de justifier sa conduite par des explications philosophiques plus ou moins bien intégrées.

Le contact est facile car la jeune fille aime bien étaler son savoir littéraire. Elle veut « assumer » son suicide et s'écoute volontiers parler avec une complaisance toute narcissique.

L'examen en profondeur permet d'envisager un processus névrotique malgré le jeune âge du sujet. Elle est suivie par notre consultation externe. L'E.E.G. est normal.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— Présentation et comportement.

Annie est désavantagée par un physique peu agréable. Elle apparaît dès l'abord comme fort timide puis se révèle intelligente et douée d'un certain sens de l'humour.

Lors de l'examen elle sera anxieuse et se plaint de douleurs « au ventre ».

Matrice 38.

Elle manifeste de bonnes possibilités d'attention et de réflexion. Elle se révèle comme douée d'un bon niveau intellectuel (correspondance 108 au Weschsler). Il semble que les difficultés scolaires rencontrées proviennent de problèmes affectifs et qu'elles ne soient pas dues à un niveau scolaire trop faible.

— *Rorschach.*

On retrouve là aussi des possibilités intellectuelles satisfaisantes. L'efficienne intellectuelle est bonne ainsi que l'adaptation au réel. Mais si on note un désir certain de briller, l'ensemble assez pauvre est de type très infantile.

La personnalité apparaît en conflit. Il y a une recherche anxieuse de l'adaptation avec sentiment d'insécurité et manque de confiance en soi.

Il semble que le conflit se centre autour de la vie sexuelle, les pulsions sont très fortes mais rigoureusement refoulées et la sexualité apparaît comme dangereuse. L'affectivité est extra-tensive, le sujet a besoin d'activité et redoute la solitude, mais il existe un manque total de contrôle émotionnel. L'agressivité est refoulée. Le sujet redoute autant l'agressivité du monde extérieur (les autres apparaissent menaçants) que sa propre agressivité qui déclenche en elle de forts sentiments de culpabilité.

On peut envisager, à l'aide de l'examen clinique, un processus névrotique, mais l'évolution permettra le diagnostic différentiel d'avec une crise d'adolescence particulièrement difficile.

— *T. A. T.*

Anne apparaît très coopérante, pleine de finesse et de sensibilité, son sens de l'humour, sa grande gentillesse la rendent très sympathique. Le problème central se présente bien comme étant l'abandon du foyer par le père. Tout le protocole extériorise la mésentente conjugale, la tristesse et l'ennui.

Par réaction le bonheur dans un foyer normal semble impossible ; on arrive à une existence ennuyeuse et pénible.

Les relations avec la mère sont bonnes : gratifiante et compréhensive, elle est parfois trop captative. Elle ne peut réaliser que sa fille n'est plus un enfant. Au lieu de l'aider à conquérir son indépendance elle s'en inquiète. Prise entre l'amour maternel et le besoin d'autonomie, cette jeune fille culpabilise et devient anxieuse. Les conflits avec la mère prennent alors trop d'importance.

Si le sens moral est très juste il est souvent mal intégré. Le résultat est une conduite très infantile. Facilement découragée, Annie fait appel aux autres pour l'aider à s'en sortir. Et le suicide est la solution à laquelle on arrive. L'état dépressif est ici dominant et semble dû à la disparition d'une figure paternelle valable.

Le M.M.P.I. confirme la grande anxiété ainsi que l'inadaptation sociale. Enfin, l'immaturité affective est évidente avec tendance au théâtralisme (caractère hystéroïde).

CONCLUSION

Il s'agit d'une immaturité affective majeure avec difficultés d'adaptation. Les pulsions sexuelles sont très refoulées. Mais l'ensemble laisse envisager un processus névrotique.

OBSERVATION N° 13. — Eliane, 18 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

On ne peut guère parler de milieu familial à propos d'Eliane. Elle est âgée de 10 ans lorsque son père et sa mère décident de se marier, sans pour autant fonder une famille au vrai sens du terme.

NIVEAU INTELLECTUEL

Son niveau intellectuel est normal, elle travaille régulièrement chez un dentiste comme employée.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Après une dispute avec son fiancé, elle avale des comprimés d'Etaphylline et de phénobarbital pour mettre fin à ses jours.

Au sortir du coma elle est repliée sur elle-même et ne veut guère parler. Peu à peu le contact est meilleur et on comprend qu'elle vit sa liaison avec un homme relativement plus âgé qu'elle sur un mode infantile. C'est presque un substitut du père qu'elle s'est trouvée. Par moment, elle désire rompre, mais la solitude lui fait peur. Elle ne fréquente guère les jeunes de sa génération et au sein de sa famille prend presque systématiquement le contrepied de tout ce que dit sa mère, visiblement dépassée par les événements.

Derrière le dédain, la réticence et l'ironie de surface, se cache, semble-t-il, une personnalité mieux structurée qu'il n'y paraît de prime abord.

Elle a beaucoup souffert de l'inexistence quasi totale du foyer familial.

Son père, employé de bureau, semble être un homme curieux, insatisfait, qui s'est réfugié dans un bibliothèque de 2.500 volumes qu'il possède chez lui. De ce fait, non seulement il a toujours déserté son foyer, mais en réalité, il n'y a jamais eu de foyer ; le père et la mère ayant pratiquement continué à vivre chez leurs parents.

On trouve une nostalgie profonde d'un foyer authentique, car le père semble s'être désintéressé complètement de ses enfants et de sa femme, sauf pour se disputer avec elle devant les enfants, qui en ont beaucoup souffert.

Eliane dit elle-même qu'elle a un « sale caractère », ce qui semble prouver qu'elle en a. Son jugement est en effet assez sain et elle évoque avec beaucoup de bon sens et de modération, les différents aspects de sa situation familiale et affective.

Ses besoins affectifs se sont investis il y a un an ou deux, sur un divorcé âgé de 35 ans, père de famille, qui semble réellement tenir à elle et lui a promis le mariage.

Il l'a amené à quitter un emploi de vendeuse dans un magasin de confection où elle se plaisait, en lui disant que ce milieu était louche, ce qui semble faux : elle en veut à son fiancé de lui avoir menti sur ce point.

Sur les instances du patron de l'Elysée-Palace à Vichy, qui lui garantissait son élection, elle s'est présentée au concours de Miss Vichy où elle a été élue. Elle a eu les premiers bénéfices (une robe de cocktail et 400.000 francs de cadeau) : mais on lui a refusé le poste de télévision et le voyage sur la Côte d'Azur avec sa mère, car elle n'a pas voulu assister à un banquet, comme prévu.

Son comportement actuel semble marqué par la lutte entre ses besoins effectifs et l'attachement sentimental (uniquement) qu'elle porte à son fiancé, et sa raison qui lui fait comprendre qu'il n'est pas raisonnable d'épouser cet homme, comme le lui disent ses parents.

Comme elle le précise, elle est tellement irritée contre eux, qu'elle prend volontiers le contrepied de ce qu'ils disent.

Elle a essayé de s'éloigner de Vichy, en prenant une place chez un dentiste de Riom, marié, père d'un jeune enfant. Elle y était très bien. Il la reprendrait sans doute, mais elle ne veut pas y retourner, car elle connaît trop de monde qui serait au courant de sa tentative de suicide.

Eliane paraît assez ombrageuse, maîtresse d'elle-même, intransigeante dans tous les domaines, ayant assez de bon sens, ce qui lui a permis jusqu'à présent d'éviter les catastrophes, de préserver l'essentiel, et de ne jamais abandonner malgré ses besoins affectifs qui sont certainement considérables.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— Comportement :

C'est une jeune fille assez jolie, au maquillage discret, mais où la longueur démesurée des ongles apporte une fausse note à l'ensemble.

L'entretien se déroule facilement avec bonne coopération. On note toutefois une certaine impulsivité et un peu d'énervement quand se présentent difficultés et insatisfactions.

Si le comportement reste superficiel, voire un peu dédaigneux, il n'apparaît pas moins comme une façade qu'il est facile de dépasser.

— Matrice 38.

A cette épreuve, Eliane obtient une note assez médiocre. Avec 37 points, elle se situe au 25^e centile d'une population de jeunes de 20 ans (soit un Q.I. au Weschsler de 90). Ce niveau est peut-être un peu sous-estimé. En effet, l'épreuve a été passée en début d'examen à une allure rapide avec précipitation et sans grande réflexion. Le sujet a un peu sous-estimé par dédain, semble-t-il, la difficulté de l'épreuve et par suite l'a trouvée assez désagréable.

— Test projectif : Rorschach.

Il confirme l'efficiencia intellectuelle normale mais aussi un manque d'originalité et de finesse. Le contrôle de la pensée est assez strict et contraste avec l'absence de contrôle émotionnel.

La personnalité n'est nullement équilibrée, elle est encore très immature. Le caractère adolescent y est très marqué : affectivité inhibée à prédominance introversive, avec repliement sur soi, manque de contrôle émotionnel et grande impulsivité. Les réponses sont du type « explosif ». Quant aux problèmes sexuels, ils sont très mal supportés et source d'angoisse. Enfin ce protocole ne met en évidence aucun signe d'évolution psychotique en cours.

On obtient des histoires bien construites, avec parfois une certaine finesse dans l'interprétation. La tonalité générale est dysphorique, l'élément anxieux dépressif est dominant. C'est la situation présente qui semble très mauvaise.

Tout va mal, mais heureusement tout va s'arranger. Il y a donc un certain optimisme mais celui-ci est très conventionnel. Le bonheur à venir est inéluctable, c'est un dû, mais on ne fait rien pour sortir soi-même de ses difficultés.

Actuellement elle se voit incomprise, mal aimée. Le bonheur lui semble refusé. Quand elle y parvient, elle regrette le temps passé où elle souffrait. Cette insatis-

faction perpétuelle à base de sentiment d'indignité et de culpabilité donne une impression pénible lors du passage du test.

On note par ailleurs un fort sentiment d'exhibitionnisme. A plusieurs reprises le héros est une vedette de cinéma. Ceci n'est pas indépendant de l'aspect physique avantageux d'Eliane. Mais cette beauté est vécue avec un sentiment de culpabilité. « Ce n'est pas là ce qu'il y a de plus important pour une femme. » On voit qu'à un certain amour de soi s'oppose un surmoi très fort.

Ses besoins sexuels ne se manifestent pas dans cette épreuve, mais ils sont mal supportés et culpabilisés.

Le test se termine toutefois par une proclamation « au droit de faire ce que l'on veut ». Certes je suis différente des autres, je suis belle, je ne tiens pas en place mais je suis capable de réussir dans ma vie si on veut bien me comprendre et m'aimer ». Que signifie cette haute idée de soi : tendance paranoïde ?, ou bien élément positif, indice de personnalité ? Ce peut être aussi un élément défavorable et c'est probablement le cas : signe d'inadaptation sociale avec agressivité importante.

Les relations avec l'entourage sont teintées d'un sentiment de solitude et d'ennui : Eliane a besoin qu'on s'occupe d'elle, qu'on la comprenne « comme un enfant qui se confie à sa mère ». Cette soif d'affection s'adresse à une mère idéale, bonne, compréhensive. Cette mère-là est l'antithèse de la mère réelle, qui apparaît comme sèche, peu évoluée. La figure paternelle n'apparaît pas à travers cette épreuve, ceci correspond à la réalité où le père est insignifiant aux yeux de sa fille.

Le couple est vu d'une manière désincarnée. Le mariage est une solution raisonnable et conventionnelle acceptée sans grand enthousiasme. Les enfants interviennent pour résoudre un problème. Cet attrait pour l'enfance apparaît comme une peur de l'adulte, une fuite devant les difficultés de la vie. L'enfant incarne la bonté, l'innocence, en un mot tout ce que n'est pas l'adulte à ses yeux.

— M. M. P. I.

Ce test donne un profil valide et peu élevé. Il met en évidence l'inadaptation sociale avec un manque de réactivité émotionnelle.

On retrouve aussi une teinte dépressive de l'humeur et une tendance paranoïde du caractère rendant difficile l'approche psychothérapique.

CONCLUSION

C'est un sujet manifestement anxieux avec tendance dépressive sur fond paranoïde. Les conséquences en sont une grande impulsivité et une inadaptation sociale manifeste due à l'immaturité affective.

OBSERVATION N° 13. — Geneviève, 18 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Geneviève est la quatrième d'une famille de 11, dont 6 sont décédés. Elle est hospitalisée à l'âge de 15 ans dans le service de Pédiatrie pour R.A.A. et fait ensuite un séjour en sanatorium pour un infiltrat tuberculeux.

Le père est un éthylique notoire, deux ou trois fois désintoxiqué, qui passe de l'autoritarisme le plus violent et forcené à l'indifférence totale vis-à-vis de ses

enfants. Quant à la mère elle est indifférente et « bien gentille » dit sa fille. Peut-être boit-elle aussi. L'examen plus poussé de la mère nous révèle des crises comitiales et plusieurs tentatives de suicide.

NIVEAU INTELLECTUEL

Niveau du C.E.P. A cherché à se placer comme bonne à tout faire.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Après une dispute violente avec son père, elle absorbe du sirop d'Atarax pour se suicider, elle est tout étonnée de se réveiller le lendemain. Elle absorbe alors des barbituriques. Au cours de l'entretien, elle explique volontiers que depuis sa sortie de sanatorium, elle est toujours déprimée, pense que « ça va se savoir, qu'elle n'est plus normale ».

Le milieu familial, hostile, empêche tout attachement et la prive du refuge qu'elle souhaite momentanément car elle est très immature et présente un certain degré d'inhibition.

L'hospitalisation et le repos l'amènent à modifier un peu son optique de la vie. Elle demeure immature, donc fragile, mais l'avenir ne paraît pas catastrophique, elle trouve un emploi à mi-temps, et demeure éloignée du milieu familial peu favorable.

Elle va très bien depuis sa tentative et est régulièrement suivie par notre consultation.

E.E.G. normal.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— *Présentation et comportement :*

Au cours de l'entretien la coopération est bonne et le contact normal. La bonne présentation témoigne d'une certaine élégance. Lors de l'entretien l'image paternelle se révèle comme très dépréciée et au cours de l'examen elle évoque spontanément son séjour en sanatorium durant dix mois. Elle s'estime profondément diminuée du fait de ce séjour.

— *Matrices 38 et matrices 47.*

Le déroulement de cette épreuve a été perturbé par l'incompréhension du sujet. Il faut trois ou quatre explications et des exemples pour que Geneviève arrive à comprendre ce que l'on attend d'elle. Il est impossible de chiffrer son intelligence. On peut en déduire que ses moyens sont limités mais il ne semble pas que l'on puisse parler de débilité.

Pour expliquer cette exceptionnelle incompréhension on peut parler d'inhibition intellectuelle d'origine affective où, l'anxiété, l'insécurité, le sentiment d'infériorité interviennent pour une bonne part.

— *Rorschach.*

Ce test confirme le rejet de l'hypothèse de débilité. Si l'efficiencia et le rendement sont médiocres, les interprétations souvent des mauvaises formes, la richesse et l'équilibre du type d'appréhension, la variété du contenu suffisent à écarter définitivement cette hypothèse.

Les mécanismes de défenses sont au premier plan avec refus et difficulté de dévoiler sa personnalité profonde. C'est l'anxiété et l'insécurité qui dominent avec, comme conséquence une mauvaise insertion sociale.

L'affectivité, très inhibée, est encore immature et l'agressivité transparaît parfois malgré le refoulement.

T. A. T.

Ce test est dominé par une teinte dépressive assez vive. Les histoires rapportent toujours un malheur qui arrive au héros. Si l'issue est toujours favorable, elle se situe dans l'imaginaire, le rêve. Quant au bonheur il arrive comme par enchantement sans aucun effort de la part des héros.

Par ailleurs l'inadaptation sociale est très importante, le sujet rejette sa famille et ignore ses parents dont l'image n'apparaît pratiquement pas. Elle se considère comme une enfant abandonnée qui espère être recueillie par une famille qui lui procurera le bonheur.

D'autre part, les actes dits interdits ne provoquent ni prise de responsabilité ni culpabilité. Quand une punition est envisagée elle est toujours injustifiée, tout le monde lui en veut, et l'on retrouve les sentiments évoqués au début de l'entretien. Dans ce cas précis le sentiment est projeté sur une belle-mère et une sœur aînée.

Le désir d'une affection solide est en effet très vivace. Il s'adresse particulièrement à un jeune homme. Mais cet amour est contrarié par une belle-mère jalouse. Le destin est toutefois là qui arrange tout. Ce thème de l'amour impossible apparaît assez fréquemment. La famille est bien présente mais comme une unité impossible à réaliser. L'homme est alcoolique, paresseux et infidèle. La femme est présentée comme une victime. Quelquefois le conflit se termine bien. Ailleurs c'est la femme qui décide de partir et d'abandonner cet homme peu intéressant.

Le sujet à travers ses histoires apparaît comme fort peu dynamique, subissant les événements et incapable de prendre des décisions. Cette conduite est encore signe d'infantilisme et d'immaturité.

L'aspect dépressif domine donc tout ce test mais les frustrations affectives profondes sont à l'origine de l'inadaptation sociale. Il n'y a guère d'éléments positifs sur lesquels on puisse s'appuyer.

CONCLUSION

La carence affective profonde et ancienne a profondément perturbé toute la personnalité. Les inhibitions affectives peuvent au départ en imposer pour une débilité qui n'est qu'apparente.

OBSERVATION N° 14. — Monique, 17 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Monique est née de père inconnu et peu de temps après la naissance de la fillette c'est sa mère qui meurt. Elle est alors recueillie par ses grands-parents qui se chargeront de l'élever. Mais très tôt elle sera laissée un peu de côté et s'élèvera tant bien que mal, à sa guise, en dehors de toute éducation à peu près valable.

A l'âge de la scolarisation elle est placée dans différents pensionnats où son attitude d'opposition sera pratiquement permanente. Elle sera renvoyée de plusieurs établissements.

NIVEAU INTELLECTUEL

Très bon niveau. Monique est en 4^e et travaille avec intelligence.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Les grands-parents de la jeune fille l'ont confiée à un oncle et une tante qui n'ont qu'une idée : s'en débarrasser en la laissant en pension le plus longtemps possible.

Se sentant manifestement rejetée, et très isolée dans cet univers hostile, l'adolescente décide de se supprimer. La vie pour elle, déclare-t-elle, est sans intérêt, « elle est de trop » et absorbe des comprimés d'optalidon.

Au sein du service hospitalier, elle s'intègre très bien, noue volontiers des relations avec les autres malades et se sent plus en sécurité. L'avenir lui apparaît moins sombre mais il est certain que le problème social domine l'avenir de cette jeune fille.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

-- *Epreuves utilisées et résultats quantitatifs.*

-- Vocabulaire de Binois et Pichot :

Note brute : 27	Q.I. = 113	
Niveau culturel 3	m = 23.80	T = 1.35

-- Rorschach.

T. A. T

Cette jeune fille de 16 ans aborde l'examen avec beaucoup de réticence. Elle se plaint de maux de tête, de fatigue. Elle sera beaucoup plus intéressée par l'entretien : manifestement elle aime parler d'elle-même, mais n'aime pas se livrer malgré elle, à travers les tests.

Sa tentative de suicide est essentiellement une façon nouvelle d'attirer l'attention sur elle : elle a avalé un tube d'Optalidon pendant un cours au collège où elle est pensionnaire.

Fille naturelle, elle a perdu sa mère à l'âge de deux mois, a été élevée par une grand-mère jusqu'à quatre ans, puis par un oncle et une tante sans enfant. Ceux-ci ont toujours fait le nécessaire pour elle, mais ont peut-être manqué un peu de chaleur affective.

En pension depuis l'âge de 12 ans, elle ne semble pas souffrir de cette situation. Ainsi à Noël elle est demeurée chez les Sœurs pour se faire une idée de la vie religieuse qui l'attire.

Ses possibilités intellectuelles sont nettement supérieures à la moyenne. Elle est bien située dans la vie réelle. De type ambivalent dilaté, elle a une personnalité assez riche. Son affectivité est encore immature, elle fait preuve d'impulsivité, voire d'explosivité.

Elle a, par ailleurs, un caractère obsessionnel (méticulosité, scrupulosité). S'il existe de véritables obsessions, celles-ci sont probablement à thème sexuel. Mais l'interdit religieux, tout en renforçant ces tendances, en interdit l'évocation

(fort sentiment de culpabilité). De toutes façons, l'anxiété est certainement avec des tendances dépressives (voit tout en noir).

CONCLUSION

Le pronostic serait très favorable si ce tableau n'évoquait une personnalité psychopathique (paranoïa sensitive de Kretschmer). Ces personnalités se caractérisent par une grande sensibilité et un certain sentiment de persécution. Inadaptation sociale très importante.

OBSERVATION N° 15 — Gisèle, 16 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Gisèle est la dernière née d'un famille de trois. Elle est la benjamine au plein sens du terme puisqu'elle a 15 ans de différence avec sa sœur aînée. Dès sa prime enfance elle est très gâtée par ses parents et surtout par le père qui évite à la fillette les moindres désagréments au cours de l'enfance. Cette carence d'autorité se traduit par une conduite capricieuse qui va en s'accroissant. Après la puberté Gisèle va de flirts en flirts d'abord puis finalement, malgré son jeune âge, a des rapports sexuels avec de nombreux partenaires. De plus, au sein de sa famille la moindre remontrance entraîne une menace de suicide. Les parents dépassés par cette conduite, décident de la mettre en apprentissage chez sa sœur qui est coiffeuse.

NIVEAU INTELLECTUEL

Le niveau est bien moyen.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Chez sa sœur, Gisèle trouve en face d'elle l'autorité un peu forte, il est vrai de son beau-frère. Immédiatement elle réagit à la première manifestation autoritaire par une tentative de suicide. Elle est plus ou moins fiancée à un homme de vingt huit ans, père de deux enfants et divorcé. Lors de l'entretien elle déclare qu'elle ne veut pas se marier encore mais « profiter de la vie » et le sens donné à ces mots est très nettement teinté de sexualité. En fait elle est très immature et les parents ne savent plus guère comment agir d'autant qu'ils ont l'impression d'« avoir fait tout ce qu'il fallait ». Finalement, ils récupèrent leur fille, en essayant d'assumer tardivement un rôle pour lequel ils avaient perdu bien des années au détriment d'une jeune personnalité.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Epreuves utilisées et résultats quantitatifs.

Vocabulaire de Binois et Pichot :

Note brute : 17 Q. I. = 87

Rorschach

T. A. T.

M. M. P. I.

Tout au long de l'examen, elle se montrera maniérée et réticente. Son comportement hystérisant doit être rapproché de deux pertes de conscience assez mystérieuses.

Elle a un *niveau intellectuel très moyen* (Q. I. 85). Sa réticence lors de la passation des différentes épreuves n'est au fond qu'un moyen comme un autre de ne pas se dévaloriser.

L'examen de personnalité fut très *pénible* et assez décevant. Louvoyant toujours, elle a su rendre les épreuves pratiquement inutilisables.

Il s'agit probablement d'une *personnalité psychopathique* avec une *composante hystérique* prédominante. Les pulsions sexuelles sont très fortes et mal contrôlées. Elle aurait fait preuve dans le service de beaucoup de liberté en ce domaine. Elle conserve malgré tout un vague sentiment de culpabilité. Mais sa précocité et sa fragilité rendent le pronostic défavorable. Il est possible qu'elle sombre dans la délinquance (prostitution).

Personnalité de type extraverti, elle a des difficultés à établir des relations normales avec autrui par suite de la sexualisation de toute situation. L'anxiété est très importante.

Le M. M. P. I. est invalidé par l'élévation de l'échelle F. Le T. A. T. est une suite d'histoires très courtes, mal construites, peu révélatrices.

Le père est un homme très doux, gentil, gai. Le sujet y est très attaché. La mère est autoritaire, inaffective et rejetante. La sœur aînée est beaucoup plus gratifiante. Mais le beau-frère, assez violent, rend toute intégration impossible.

CONCLUSION

Pronostic très défavorable. Evolution possible vers la délinquance.

OBSERVATION N° 16. — Myriam, 20 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Myriam a un frère et deux sœurs aînées, elle est donc la quatrième ; il y a encore un garçon et deux filles après elle.

Il y a peu de cohésion au sein de cette famille où chacun fait un peu ce qu'il veut. Les parents ont tendance à ne pas trop s'occuper de leurs enfants et les laissent assez souvent livrés à eux-mêmes. Le résultat en est la présence de troubles caractériels plus ou moins systématisés chez tous les enfants.

Myriam s'est très tôt fait remarquer par une conduite agressive et revendicative, alternant avec des phases de gentillesse. Elle ne trouvera pas dans son mari le compagnon qui aurait peut-être pu épauler sa personnalité immature. Ce dernier est très schizoïde, très dépendant de ses parents. L'enfant de ce curieux ménage est élevé par les parents du mari qui « régendent » avec assez de maladresse le jeune couple.

NIVEAU INTELLECTUEL

Il est bon et la scolarité effectuée sans problèmes permettra à Myriam d'envisager les études d'infirmière en hôpital psychiatrique. Cette motivation assez inattendue chez cette jeune femme témoigne du mécanisme projectif qui l'amènerait à se soigner elle-même à travers les autres. On voit le résultat d'une telle entreprise.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Ne trouvant chez son conjoint qu'une apparence de mari, étant donné les profondes perturbations de ce dernier, elle décide de divorcer et d'élever son enfant. C'est une décision qu'elle est en fait incapable d'assumer, très vite elle se sent coupable et son sentiment d'infériorité reprend le dessus et la conduit à tenter de se suicider à l'aide de *bartitriques*.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— Comportement :

Myriam fait preuve d'une grande excitation tout au long de l'examen. Elle parle beaucoup et cherche à s'étourdir de paroles. Elle passe l'examen proposé sans réticences.

Le niveau intellectuel est bon et lors des tests projectifs elle « se raconte » beaucoup, cherchant à se poser comme martyre et persécutée.

Au dépouillement des tests se fait jour un profond sentiment de culpabilité qui correspond sur le plan clinique à son « complexe d'infériorité » auquel se réfère souvent, expliquant par là son dégoût de la vie et la facilité avec laquelle elle accueillerait la mort.

Ce sentiment de culpabilité pourrait être en rapport avec un conflit pulsionnel profond entre la sexualité qui veut s'affirmer et un sur-moi rigide extériorisé sous forme d'une morale rigide et conventionnelle. Elle a une attitude ambivalente vis-à-vis de la sexualité, elle en parle beaucoup d'une part et repousse violemment les thèmes qui lui viennent à l'esprit au Rorschach ou au T.A.T.

CONCLUSION

En conclusion c'est une personnalité très immature où domine une situation conflictuelle profonde. Une psychothérapie devrait être envisagée avec succès étant donné le niveau intellectuel du sujet.

OBSERVATION N° 17. — Nicole, 17 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Abandonnée par sa mère, Nicole est élevée par son père dont la moralité plus que douteuse entraîne le placement de la fillette. Elle travaille d'une manière irrégulière dès l'âge de 14 ans et finit par avoir de gros troubles somatiques dus à une phase d'anorexie mentale. Entre temps elle présente des tendances lipothymiques fréquentes et des chutes sans gravité. On ne note aucun élément en faveur du diagnostic de comitialité.

NIVEAU INTELLECTUEL

Le niveau est bien moyen. On pourrait parler de débilité légère, n'étaient les profondes perturbations affectives qui peuvent intervenir dans cette débilité apparente.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Sentant que son manque d'activité au travail allait lui faire perdre sa place, Nicole tente de s'ouvrir les veines. Comme de plus elle mange fort peu et est très affaiblie, l'hospitalisation est le seul moyen de traitement.

Lors de son séjour elle guérit vite de sa phase d'anorexie du fait de l'isolement strict et de l'autorité de l'entourage. Elle cherche des centres d'intérêt autour d'elle mais s'en lasse très vite. Une psychothérapie est entreprise et Nicole se place comme bonne au sein d'un foyer compréhensif. Mais l'avenir n'en demeure pas moins bien sombre.

EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

— *Epreuves utilisées et résultats quantitatifs.*

— Vocabulaire de Binois et Pichot.

 Note brute : 14 14 Q.I. : 85 Temps : :8' 30".

— Rorschach.

— T. A. T.

— M. M. P. I. 6 18 27' 3094-5 6 : 19 : 5.

— *Interprétation et conclusion.*

Hospitalisée pour une anorexie persistante, cette malade présente un aspect squelettique très impressionnant. Elle a fait plusieurs tentatives sérieuses de suicide.

Vu son état physique, elle passera tout l'examen couchée. Il faut noter cependant qu'elle supportera aisément un examen de plusieurs heures. Coopérante, elle donne malgré tout une curieuse impression : cette jeune fille ne se confie pas. Elle raconte « une histoire » où s'entremêlent faits réels et imaginaires.

Elle se croit persécutée : on lui reproche d'être homosexuelle. Cette idée obsédante révèle sans doute l'existence de tendances homosexuelles réelles.

Pour elle, l'inadaptation sexuelle est le fait majeur. Son père se serait permis avec elle des caresses coupables. Mais, dit-elle, il n'est pas allé jusqu'au bout. En fait, ses relations avec son père sont pour le moins ambivalentes.

Ses possibilités intellectuelles sont assez réduites. Il ne faut pas oublier qu'elle n'a pu passer à 14 ans le C.E.P. normal. Toutefois au Rorschach, elle sait tirer parti de ses moyens.

Par contre, cette épreuve met en évidence un contrôle émotionnel nettement insuffisant. Hyperémotive, suggestible d'une affectivité labile, elle est souvent en opposition avec les autres par suite de son égocentrisme. Elle peut même se montrer agressive.

On relève par ailleurs un besoin de s'évader de la réalité quotidienne et aussi quelques signes obsessionnels (choc K). Ce protocole n'est pas particulièrement pathologique. Les réponses supplémentaires données à l'enquête sont signes d'une bonne adaptation possible.

De ce Rorschach, il faut retenir :

1. — L'immaturité affective,
2. — Le caractère obsessionnel.
3. — La probabilité de mauvaises relations précoces avec la mère (choc au blanc).

— T. A. T.

Le problème essentiel de cette jeune fille, tel qu'il nous apparaît à travers cette épreuve, semble celui de l'isolement.

Avec les parents, les relations sont très médiocres. Très autoritaires, ceux-ci imposent leur volonté sans demander l'avis des enfants. Par ailleurs, ils ne semblent pas avoir fourni à leurs enfants d'images parentales acceptables. Connaissant de gros soucis financiers, ils ne semblent pas avoir bien réussi sur le plan social.

Envers eux, Nicole développe un certain sentiment de culpabilité. Ce sont les enfants qui sont la cause des soucis des parents. C'est pourquoi ils doivent aider les parents. Plus tard, ils essayent de faire mieux.

La mère nous apparaît comme très jalouse de sa fille. Inquisitrice, elle surveille sa fille et ne semble pas accepter qu'elle rencontre des garçons. Tout de suite, elle soupçonne le père. Elle est loin de cette mère idéale dont rêve Nicole : très proche de sa fille, très affectueuse, la préparant à son rôle de femme et de mère.

Le père, lui, n'apparaît nulle part en tant que père. En tant que chef de famille, il s'applique à résoudre les problèmes matériels et financiers qui peuvent se poser. Sa réussite professionnelle semble très médiocre. Il a besoin d'améliorer sa situation pour pouvoir vivre correctement.

Devant ces relations assez médiocres, Nicole réagit en exprimant un certain mépris pour ses parents. Elle espère faire mieux qu'eux. Ses chances de réussite sont pourtant faibles. Peu intelligente, elle ne peut faire un effort que pour accomplir une œuvre qui lui plaise. Elle éprouve le besoin d'un appui solide. C'est pourquoi elle rêve tant de voir un jeune homme s'attacher à elle. Elle trouve que spontanément les hommes sont assez indifférents à son égard. Elle doit déployer tous ses efforts pour vanter ses mérites et finalement l'emporter. Si une aventure sexuelle se termine par un enfant (ce qui semble la conséquence inéluctable), elle en est heureuse si cela entraîne l'attachement du garçon.

Les relations avec les garçons sont toujours vécues avec un certain sentiment de culpabilité, même s'il s'agit de simples rencontres amicales. Il est évident que les besoins sexuels sont tellement importants qu'ils colorent toute la vie affective du sujet.

Assez dynamique, Nicole est capable de conduire une entreprise à son terme, de prendre des initiatives. Faut-il encore que le problème à résoudre l'intéresse. Sinon, elle capitule et ne fait aucun effort.

A cette épreuve, les problèmes homo-sexuels ne sont pas ressortis. On peut seulement signaler qu'à la seule planche où deux femmes sont en présence, elle donne un récit de fuite devant une catastrophe, ce qui peut s'expliquer par un mécanisme de défense devant un trouble très intense.

En conclusion, ce protocole n'est pas très pathologique ; le sujet, malgré ses problèmes, réussit à s'adapter tant bien que mal.

Le M.M.P.I. est assez perturbé. La malade, très anxieuse, a tendance à se présenter sous un jour défavorable. Elle investit très facilement son anxiété sur le plan somatique. Elle a aussi tendance à délirer ou tout au moins à fabriquer. Le thème des obsessions est essentiellement sexuel : à de gros besoins sexuels (pulsions très fortes) s'oppose un surmoi très fort entraînant une forte culpabilité.

CONCLUSION

Très grosses perturbations de la personnalité avec éléments pouvant faire envisager des thèmes obsessionnels. Mais l'infantilisme est tel qu'il est difficile de porter un diagnostic actuellement.

OBSERVATION N° 18. — Christiane, 17 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Christiane est la troisième et dernière de la famille. Elle a une enfance sans trop de problèmes si ce n'est que les parents ne s'en occupent guère. Mais « comme ça va à peu près... » Par contre, dès la puberté le comportement les oblige à réagir : Christiane fait deux fugues et devient très opposante. Et les parents ne trouvent d'autre solution que de la placer comme bonne dans un café proche... d'un camp militaire. Elle s'initie au cognac et aux amours de garnison.

NIVEAU INTELLECTUEL

Il est assez faible et le niveau familial semble bien être du même ordre.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Après une dispute « avec une copine », Christiane boit un peu de cognac et avale « des cachets ». La famille désespérée la fait hospitaliser. Dans le service, son comportement est calme. Lors des entretiens, elle ne paraît pas avoir du tout mesuré ce que son mode de vie risquait d'entraîner comme conséquences. C'est néanmoins « une bonne fille », elle l'a prouvé d'ailleurs, assez simplette mais chez qui la carence d'éducation est manifeste. Elle quitte l'hôpital après avoir trouvé un travail régulier et stable et promis de revenir aux consultations externes pour être suivie régulièrement. Mais le milieu familial n'est guère favorable à un traitement prolongé.

CONCLUSION

Tentative sans gravité chez une fille immature, au niveau intellectuel faible, ayant souffert d'une carence éducative certaine qui aurait aussi bien pu l'entraîner vers la délinquance caractérisée.

OBSERVATION N° 19. — Claudette, 18 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Les parents de Claudette s'entendent fort mal et divorcent lorsqu'elle a 12 ans. La mère, barmaid, obtient la garde de la fillette et de sa sœur. Claudette ne verra que de loin en loin son père qui, après s'être remarié, cessera complètement ses visites. Lorsqu'elle relate ces événements la jeune fille fait preuve d'indifférence et déclare ne guère avoir souffert de cette situation.

Elle s'entend bien avec sa sœur et trouve sa mère très affectueuse. Cette dernière ne s'est pas remariée, dit-elle, pour pouvoir élever ses deux filles.

Parmi ses antécédents il faut noter un trauma crânien sans gravité qui ne laisse ni séquelle ni déficit. Un bilan neurologique a été pratiqué puisque Claudette était hospitalisée à la suite de cet accident.

NIVEAU INTELLECTUEL

L'intelligence est normale, sans plus. La jeune fille a son C.E.P. et a refusé de se présenter au B.E.P.C. alors qu'elle avait travaillé assez régulièrement, de peur de subir un échec.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Depuis l'âge de 12 ans, elle connaît un jeune homme et le mariage a été envisagé. Son « fiancé » part pour accomplir ses obligations militaires et au cours d'une permission explique à Claudette qu'il aime depuis longtemps déjà une autre jeune fille et qu'il veut rompre avec elle. Ce jeune homme semble d'ailleurs être un personnage hésitant, irrésolu et indécis puisque, dit-il, « il s'est engagé vis-à-vis de l'autre jeune fille et ne veut pas faire marche arrière ».

Claudette voit un peu son univers bouleversé, et très anxieuse elle ne trouve qu'une solution à sa solitude et à sa déception : la mort. Elle absorbe tout ce qu'elle trouve dans l'armoire à pharmacie de sa mère : du phénergan, des comprimés de cycladiène et même de trichomycine.

Traitée dans un service hospitalier voisin elle est bien stabilisée sur le plan somatique à son entrée. Lors de l'entretien elle prétend avoir agi sur un coup de tête : l'annonce de cette rupture de fiançailles l'a fort surpris et a été un choc affectif considérable pour elle. Habituellement gaie et enjouée, elle est un peu capricieuse et ceci cache une immaturité affective assez grande.

On apprend que la mère est fort peu autoritaire puisque sa fille a fait un voyage de trois jours à Nice sans la prévenir et sans qu'elle ait cru bon d'intervenir au moins pour obtenir quelques explications. Par ailleurs, la jeune fille est persuadée que son fiancé lui reviendra « sinon elle se suicide ». Et il n'est pas possible de lui faire sentir le côté infantile de ce comportement.

Après avoir quitté le service elle est vue à plusieurs reprises lors de notre consultation externe. La rupture de fiançailles prend un caractère obsédant et elle ne cesse de penser à cet événement sentimental. Ses idées de suicide ont disparu mais il s'installe un état dépressif réactionnel pour lequel est mis en route une chimiothérapie. L'amélioration se dessine mais Claudette est toujours en traitement.

CONCLUSION

Personnalité infantile sans « armature ». Elle est tributaire de l'instant qui passe et ne peut structurer ni le passé ni l'avenir puisque le fait d'être abandonné par son fiancé n'est pas envisageable sans réactions suicidaires.

OBSERVATION N° 20. — Monique, 24 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Le père de Monique est décédé et sa mère, veuve, élève ses six enfants. Monique est la dernière née de la famille.

NIVEAU INTELLECTUEL

Elle passe son C.E.P. à 14 ans. Employée de maison jusqu'à l'âge de 21 ans, elle suivra diverses places modestes jusqu'à l'hospitalisation actuelle.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Elle fait la connaissance d'un jeune homme qui lui promet le mariage. Durant quelques semaines tout se passe bien et les projets vont se concrétiser quand Monique apprend brusquement que son ami est déjà marié.

La réaction est violente et après une nuit d'insomnies elle avale le contenu d'un tube de barbituriques et d'un tube d'optalidon.

A l'hôpital elle parle facilement de son acte. Elle en rit même volontiers au bout de quelques jours. Il ne semble pas qu'il y ait de danger de récurrence.

L'acte a été le fait d'une impulsion un peu infantile devant une frustration importante, il faut bien le reconnaître. Monique est encore immature, mais cette tentative n'a pas été sans apport sur cette jeune personnalité. Elle envisage l'avenir avec optimisme, mais aussi avec plus de réalisme.

OBSERVATION N° 21. — Christiane, 18 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Christiane, enfant assistée, est élevée par plusieurs nourrices tour à tour. Souvent battue elle ne garde un bon souvenir que de la dernière nourrice.

A 14 ans, on la retrouve en pension dans une école ménagère où elle se signale par son indiscipline, sa dissimulation et sa tendance à ruser.

A 17 ans elle est enceinte. Elle élève l'enfant actuellement et n'est pas mariée.

NIVEAU INTELLECTUEL

D'intelligence fruste, elle travaille comme employée de maison.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Elle finit par faire une tentative de suicide en avalant des hypnotiques. Son acte est envisagé depuis longtemps comme seule solution à son mode de vie. Elle est « abandonnée » et ne peut créer d'attaches affectives durables avec le monde extérieur. Son affectivité est teintée d'ambivalences. L'insécurité de son enfance pèse lourdement sur le mode d'existence de cette adolescente.

Elle projette ses préoccupations sur son enfant qui paie « comme elle », et après son suicide « les nourrices s'en chargeront bien ».

Examen électroencéphalographique normal.

CONCLUSION

Il y a de fortes inhibitions et l'affectivité est très perturbée chez cette adolescente fille-mère. L'infantilisme agressif et revendicateur est au premier plan.

OBSERVATION N° 22. — Josette, 18 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Après le décès du père, la mère reste seule et élève ses quatre enfants. Josette est la troisième de la famille. Très attachée à son père, sa mort la bouleverse. A l'égard de sa mère, elle est très agressive et lui reproche de préférer ses sœurs et notamment la plus jeune, débile et comitale.

Elle a déjà fait une tentative mineure.

NIVEAU INTELLECTUEL

D'intelligence moyenne, Josette est apprentie couturière.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

D'emblée le contact est difficile à établir. On ne peut rien savoir sur le contexte psychologique de sa tentative. Elle a, en fait, avalé des barbituriques.

Au cours de l'entretien, on se heurte à un fond dépressif, morose, chronique, sans élan vital ni ouverture et sans révolte. La mère avoue n'avoir aucune autorité sur sa fille et pense que l'acte est une réaction à un conflit sentimental.

Manifestement immature, Josette ne sait guère ce qu'est le passé ou l'avenir. Tout se passe au jour le jour et la moindre frustration, insupportable, entraîne une tentative de suicide.

Revue en consultation pour une psychothérapie de soutien, elle trouve que « ça va », minimise sa tentative mais travaille régulièrement et paraît plus détendue.

CONCLUSION

Jeune fille très immature, peu douée intellectuellement. Ce qui frappe c'est sa façon « végétative » d'adhérer au présent sans construire à aucun moment un avenir quel qu'il soit, non par appréhension mais par impossibilité intellectuelle.

OBSERVATION N° 23. — Josette, 18 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Le père de Josette était alcoolique et s'est suicidé par pendaison lorsque sa femme lui a annoncé son intention de divorcer. Josette a trois frères plus âgés et une sœur plus jeune.

Seule, dès lors avec ses cinq enfants, la mère se remarie. Mais la jeune fille demeurera toujours très agressive à son égard et la rendra responsable de la mort de son père.

NIVEAU INTELLECTUEL

Josette possède un bon niveau intellectuel. Elle est placée comme employée de maison.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

C'est à la suite d'une violente dispute avec un de ses frères qu'elle avale le contenu d'un flacon de Théralène.

Après sa tentative elle demeure quelques jours repliée sur elle-même, puis le fond caractériel de sa personnalité reparait sous forme de bouffées coléreuses entrecoupées de bouderies.

On se rend compte que l'idée de mourir ne comptait guère pour elle. Il s'agissait surtout de profiter d'un repos agréable et prolongé.

En fait la mort violente du père a profondément affecté la jeune fille et cet événement a marqué le point de départ des troubles dépressifs traduisant un profond désarroi affectif.

Une amélioration se dessine lors de l'hospitalisation mais les perturbations caractérielles font craindre une récurrence.

E.E.G. : quelques dysrythmies bihémisphériques sans caractère de gravité. Pas de signe de localisation.

Josette est suivie par la consultation externe.

CONCLUSION

Immaturité très importante avec personnalité inerte. Mais le suicide du père a été un choc considérable qui a entraîné sans doute les perturbations affectives retrouvées à l'examen.

OBSERVATION N° 24. — Marie-Thérèse. 17 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Marie-Thérèse est une enfant abandonnée par sa mère. A la mort de son père elle est recueillie par des parents adoptifs, elle a alors 28 mois.

A 9 ans elle fait un séjour en préventorium à la suite du virage de sa cuti-réaction.

Son père adoptif est un ancien militaire éthylique qui a présenté une hémiplegie dont il lui reste de lourdes séquelles. Pensionné et en invalidité, il est très coléreux, violent et autoritaire et présente des phases d'agitation psycho-motrices assez fréquentes. L'éthylisme n'arrange pas le cours des événements. Il y a au foyer un frère, enfant adopté lui aussi, avec qui la jeune fille ne s'est jamais entendue, enfin la mère, pusillanime et faible, ne cesse de trembler devant l'autorité ou la pseudo-autorité conjugale.

Marie-Thérèse affecte une indifférence absolue vis-à-vis de ses parents adoptifs et une violente agressivité à l'égard de son demi-frère.

NIVEAU INTELLECTUEL

Bon niveau. Marie-Thérèse souhaiterait être coiffeuse, mais elle a présenté un eczéma allergique aux produits de beauté. Contrainte de renoncer à ce métier, elle devient apprentie couturière. Cette impossibilité d'exercer le métier de son choix la contrarie d'ailleurs beaucoup.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

A la suite d'une dispute avec son père adoptif elle s'enferme dans une pièce de la maison et avale un cocktail de camphre, de tanin et d'alcool. Le frère qui se doutait de la tentative de suicide réussit à intervenir rapidement et la fait hospitaliser.

Après quelques jours dans notre service, elle commence à communiquer avec l'entourage, puis se confie enfin volontiers. Elle parle alors d'elle-même avec complaisance, dénigre son milieu adoptif trop modeste pour une fille comme elle, mais cette complaisance narcissique n'est pas trop profonde et elle ironise volontiers sur ce sujet. Elle est surtout très immature et enfin apparaît anxieuse devant sa situation de femme en devenir. Ceci apparaît au cours de l'entretien « moi je ne suis pas sentimentale, je ne m'en fais pas », pour ajouter peu après à propos des garçons « L'amour, moi je m'en fiche » et au bout de quelques secondes de réflexion « même mieux, j'en ai peur ».

CONCLUSION

En fait, derrière cette attitude de défi se profile une profonde angoisse devant sa situation de femme. Elle ne veut pas grandir et la lutte entre les pulsions instinctuelles et le surmoi est très vive, elle projette sur son frère adoptif son agressivité contre l'élément masculin, c'est plus une immaturité qu'un processus de régression et la résolution de ce conflit pulsionnel devrait se résoudre par une meilleure intégration socio-affective.

OBSERVATION N° 25 — Paulette, 20 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Le père de Paulette meurt alors qu'elle a deux mois et sa mère qui a 5 enfants se remarie avec un père de 2 enfants. Un autre héritier naîtra de ce mariage.

Toute enfant elle est déjà opposante et sa mère n'est guère autoritaire. De plus cette faiblesse va en s'accroissant et cette femme est totalement inexistante maintenant devant sa grande fille. Paulette est très impulsive mais a malgré tout un bon contact avec le milieu.

Deux crises de rhumatisme articulaire aigu lui laissent une polymyalgie bien compensée. Les avis médicaux diffèrent et les médecins du travail conseillent le repos. La mère est bien de cet avis mais Paulette veut travailler en usine à toutes forces. Il semble d'ailleurs qu'elle ne soit guère gênée fonctionnellement par sa cardiopathie.

NIVEAU INTELLECTUEL

Bonne intelligence.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Après une dispute avec son flirt, elle se dispute à nouveau avec sa mère et absorbe des barbituriques. Elle s'estime amoindrie par son affection cardiaque et souhaiterait « plus d'autorité de la part de son entourage ». Apparaissant têtue, le front baissé, elle n'est pas moins franche et sympathique. Elle oublie vite sa tentative et demande impérieusement à travailler « pour s'occuper l'esprit ».

Evolution : bien améliorée, elle quitte le service en ayant trouvé une place d'employée de maison.

E. E. G. pas de signe pathologique. Ebauche de réactivité paroxystique à la stimulation lumineuse.

CONCLUSION

Réaction d'autoagressivité réalisant le véritable suicide-appel, elle en arrive consciemment à souhaiter l'autorité sécurisante dont elle a toujours manqué par faiblesse maternelle et carence paternelle.

OBSERVATION N° 26 — Marcelle, 21 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Il s'agit d'une 5^e enfant d'une famille de 6. Elevée par des parents qui s'entendaient assez mal, elle souffre beaucoup de voir son frère plus jeune de

6 ans préféré par sa mère. La relation de ce fait entraîne encore une crise de larmes. Après avoir passé sa première partie du baccalauréat, elle trouve un emploi de bureau et se marie. Le conjoint est représentant en machines à calculer et voyage beaucoup. La situation financière du couple n'est guère brillante et ils paraissent de plus assez désespérés. Marcelle est très infantile. Deux enfants sont nés.

NIVEAU INTELLECTUEL

Bon niveau.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Parce que son enfant âgé de six mois a convulsé, elle estime qu'il ne sera pas normal et ne veut guère en démordre. Elle culpabilise fortement la « fragilité » de ce petit garçon. Appréhendant une troisième grossesse, à tort d'ailleurs, son cycle très irrégulier, elle fait une tentative de suicide en absorbant du Phenergan.

Cette tentative survient en pleine période dépressive mais cette jeune femme à la personnalité immature ne respire pas la joie de vivre. Elle geint sans cesse et récrimine contre tout ce qui l'entoure et spécialement contre son mari qui n'est pas suffisamment présent à son gré.

Evolution : le fait de n'être pas enceinte soulage une part de son anxiété, mais l'immaturité est manifeste.

L'hospitalisation lui sera bénéfique d'une part par le repos somatique, d'autre part par les satisfactions qu'elle en tirera. On s'occupe enfin d'elle, elle est « maternée » comme elle le souhaite.

Une psychothérapie de soutien, un traitement anti-dépressif tonique joint au repos de l'hospitalisation entraînent une amélioration rapide et spectaculaire. Elle part terminer sa convalescence dans une maison de repos.

CONCLUSION

Personnalité immature avec éléments dépressifs impulsifs, qui projette sur l'entourage une agressivité constante. Ce sont des réactions d'« abandonnique » ; par ailleurs des éléments hystériques apparaissent mais le jeu de structure de l'ensemble ne permet pas de parler de névrose.

OBSERVATION N° 27 — Thérèse, 21 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Lorsque ses parents divorcent, Thérèse a 8 ans. C'est le père qui obtient la garde de l'enfant. C'est lui qui l'élève.

En 1960, elle se marie et un an plus tard accouche d'un enfant mort-né. Elle fait une fausse couche l'année suivante. La troisième grossesse se termine heureusement par la naissance d'un garçon.

Ces épisodes successifs ont épuisé la jeune femme d'autant que le mari est très jaloux et ne fait preuve d'aucune compréhension à son égard. Il va quelquefois jusqu'à la battre au cours de scènes de ménage.

NIVEAU INTELLECTUEL

Le milieu est celui d'ouvriers modestes. Le niveau intellectuel est bon.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Apparemment, Thérèse présente un état dépressif du à un épuisement psychique et somatique, à ses fréquentes grossesses.

Ce fait est indéniable. Mais en poussant plus loin les investigations, la jeune femme se révèle comme très dépendante de l'entourage sur le plan affectif. Elle présente une carence d'affectivité qui n'est certes pas comblée par les scènes continuelles de son mari. Peu à peu le suicide apparaît comme la seule solution à ses problèmes.

C'est en fait l'idée de repos, d'isolement, de fuite devant une vie épuisante et peu attirante qui se profile derrière son acte et non l'idée de la mort. Elle avale des comprimés de librium.

Au sortir du coma, elle pleure durant 2 jours, puis peu à peu l'état s'améliore. L'hospitalisation réalise un repos réparateur et atténue la fatigue physique fort grande.

Les sédatifs et les anxiolytiques permettent une guérison de l'état somatique. Le problème conjugal semble trouver une solution dans la mesure où le mari paraît avoir pris conscience de l'asthénie de sa femme.

CONCLUSION

Epuisement psycho-somatique dû à des grosses répétées. Mais l'asthénie est un refuge inconscient qui permet les bénéfices secondaires de la maladie.

OBSERVATION N° 28 — Marie-Claude, 16 ans 1/2.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Du fait du décès de ses parents cette jeune fille est placée chez des cultivateurs. Très infantile et dépendante de l'entourage elle a souvent une attitude de fuite devant les difficultés de la vie. Une première tentative a eu lieu : une maladie banale a justifié cet acte. Marie-Claude ayant présenté une peur disproportionnée avec son état.

NIVEAU INTELLFCTUEL

Milieu de cultivateurs.

Niveau : Brevet Elémentaire. Bon niveau intellectuel.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Devant se présenter au Brevet, Marie-Claude est prise de panique à l'idée de l'échec rendu fort envisageable par le peu de travail fourni au cours de l'année.

Il n'en faut pas plus pour qu'elle tente de se suicider en avalant des comprimés de Librium.

Très repliée sur elle-même à l'admission, elle s'épanouit peu à peu, parle de de sa tentative puis la considère enfin comme un évènement mineur. C'est en effet l'impression qui ressort de l'examen : toute difficulté paraît insurmontable et la fuite c'est l'oubli dans l'intoxication sans qu'elle prenne pleinement conscience de ses actes.

Après amélioration de son état elle retourne chez ses parents nourriciers avec qui elle s'entend d'ailleurs fort bien.

Peu structurée, elle demeure fragile. Mais l'entourage est compréhensif, ce qui permet d'envisager l'avenir avec optimisme, Marie-Claude ayant besoin d'être sécurisée constamment.

CONCLUSION

Éléments névrotiques mal systématisés peuvent permettre d'envisager le diagnostic peu probable néanmoins de névrose d'angoisse.

De grosses perturbations du schéma temporel rendent compte de la difficulté à s'insérer dans un présent vécu et non subi.

OBSERVATION N° 29 — Juliette, 23 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Les parents, bien que divorcés, continuent de vivre ensemble pour élever leurs enfants. Juliette est la troisième et la dernière de la famille. Le milieu ambiant est extrêmement défavorable tout le monde « souffre des nerfs », le père et la mère vont de psychiatre en psychiatre. Au milieu de tout ce contexte, éclatent des scènes violentes où le père particulièrement autoritaire frappe tout le monde.

La jeune fille, élevée le plus souvent en pension, fera deux tentatives de suicide à 17 et 21 ans en se tailladant les poignets.

Le mariage lui paraît une solution pour échapper à cette famille. En fait elle va retrouver une situation identique et ne pourra créer avec son mari que des relations sur le mode conflictuel. Les beaux parents, en défendant leur fils, achèvent d'apporter la perturbation dans ce couple.

NIVEAU INTELLECTUEL

Milieu de petits employés.
Bonne intelligence.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

A la suite de disputes continuelles, mue par une impulsion soudaine, Juliette se taillade les poignets, comme elle l'a déjà fait à deux reprises.

Dans le service, après une phase d'amélioration relative, elle recommence à se disputer avec tous les gens qui l'entourent selon son mode relationnel habituel. En fait c'est surtout l'impulsivité qui domine le tableau et Juliette est au fond moins agressive et revendicatrice qu'il n'y paraît au premier abord.

Un traitement anxiolytique diminue très nettement cette agressivité, démontrant si besoin en était le mécanisme de défense qui la justifiait.

Elle quitte le service très améliorée, mais ne se représente plus à notre consultation externe.

CONCLUSION

Au comportement infantile s'ajoute des manifestations d'angoisse, entrecoupées de phases d'agressivité. Le manque de structure de l'ensemble ne permet pas de parler de névrose tout au plus de personnalité « psychopathique ».

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Le milieu familial est dissocié et la mère de la jeune fille se remarie.

En 1958, Monique fait une chute de bicyclette au cours de laquelle elle présente un traumatisme crânien grave sans lésion osseuse. Les céphalées persistantes et les bizarreries du caractère qui vont faire suite participent à la fois des séquelles du traumatisme et de la régression affective, qui permet à la jeune fille d'attirer inconsciemment sur elle l'attention de l'entourage. Les traitements proposés sont suivis d'une manière toute capricieuse.

Monique se marie en 1959 et l'harmonie est loin de régner dans le ménage du fait même des troubles caractériels de la jeune épouse. Elle finit par décider de travailler et part se placer en emmenant sa fille, sans prévenir son mari.

NIVEAU INTELLECTUEL

Le niveau est bien moyen.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Les difficultés qu'elle éprouve à s'astreindre à un travail régulier reviennent vite au premier plan et elle fait une tentative de suicide au Gardénal. La conséquence en est un coma grave avec troubles respiratoires qui nécessite une réanimation d'urgence.

Dans le service, les conséquences de son acte ne sont nullement fâcheuses pour elle, estime-t-elle.

Elle s'intègre assez bien dans ce nouveau mode de vie qui lui plaît par le changement qu'il lui impose. De plus, n'aimant guère travailler, elle se repose et s'estime satisfaite, loin de ses conflits conjugaux.

CONCLUSION

L'instabilité de la malade domine d'ensemble du tableau, le fond caractériel est plus ou moins impulsif avec une avidité à « exploiter la situation » d'une manière infantile.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Elevée par des parents, éthyliques notoires, Françoise est très délaissée au cours de sa prime enfance. Son adolescence sera émaillée de petites crises caractérielles plus ou moins violentes.

Elle est enceinte à 17 ans. Ce fait entraîne une nouvelle réaction violente de la part des parents. Mais, à la naissance du bébé, ils décident de s'en occuper en plus de leur fille dont les bizarreries de caractère ne vont qu'en s'accroissant.

NIVEAU INTELLECTUEL

Françoise est issue d'un milieu modeste. Son intelligence est très moyenne.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

A la suite d'une dispute violente avec ses parents, Françoise absorbe des barbituriques. Il s'ensuit un coma sans gravité.

Après cette tentative, l'entretien permet de mieux préciser la personnalité de la jeune fille. Elle s'avère très peu structurée, très primaire sur le plan du caractère et n'a aucune suite dans les idées. C'est à peine si elle a conscience de ses actes. Elle est, affectivement, très immature.

Après son séjour hospitalier elle quitte le service. Elle est actuellement suivie par la consultation externe, mais des réserves sont à formuler pour l'avenir. On peut craindre l'apparition d'un processus dissociatif dans les années qui viennent.

OBSERVATION N° 32. — Marielle, 17 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Sa plus tendre enfance s'est passée auprès de grands-parents dont elle obtenait tout ce qu'elle voulait. Depuis, Marielle vit avec ses parents qui ne s'entendent pas. La différence d'ambiance est nette : les parents de la jeune fille ne lui offrent guère d'affection et elle se trouve après une enfance trop choyée livrée à elle-même. Le résultat est un ensemble de manifestations d'opposition avec repliement sur soi-même, puis une évolution se dessine qui l'amène vers cette forme de socialisation de l'adolescent qu'est la « bande ».

Elle va faire partie d'un groupe de garçons de son âge, au comportement aux limites de la délinquance. Elle présente un refus farouche de la féminité, s'habille en garçon, affecte des allures masculines et ne fréquente que des groupes de garçons où elle est la seule fille. Elle se déclare déçue par « sa puberté », refuse le monde des adultes, car en quittant ses grands-parents elle s'aperçoit que « les autres ne sont pas bons ».

Vers l'âge de 16 ans, une modification apparaît à la suite d'une ébauche d'aventure sentimentale avec un jeune homme de 19 ans. Elle commence à s'habiller en fille, quand le jeune homme part au service militaire.

A nouveau isolée et déçue, elle revient à son comportement antérieur et devient même chef d'une bande d'adolescents, mixte toutefois, mais où le flirt est interdit. Bientôt ce rôle de chef de bande lui devient pénible, elle a « des responsabilités », cela « la met à part » des autres.

Pendant un certain temps elle aurait même des rapports homosexuels, elle quitte sa bande d'adolescents pour aller vers un groupe d'hommes plus âgés, dont l'occupation est surtout la boisson. Dès lors elle se met à boire aussi mais refuse de céder à aucun d'entre eux. Parallèlement ce contact avec des gens plus âgés ravive l'opposition envers son père.

Lors d'une permission de son premier flirt elle s'offre à lui et s'en estime très déçue. Malgré toutes ces activités elle travaille un peu et a un certain rendement scolaire.

NIVEAU INTELLECTUEL

Livrée à elle-même, elle se trouve littéralement « dans la rue » sans qu'il n'y ait délinquance caractérisée. Le niveau intellectuel est bon.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Pour finir, elle apprend que son père ne serait pas son vrai père. C'est alors l'effondrement et elle absorbe des comprimés de Gardénal dans le but bien affirmé de mourir.

A l'hôpital, après une période d'anxiété, son état s'améliore peu à peu, le contact est meilleur, et grâce à une psychothérapie facilitée par la personnalité finalement assez riche de la jeune fille, la réinsertion sociale se fait bien.

Après son séjour hospitalier, Marielle décide de reprendre ses études et réussit à travailler régulièrement, considérant que son acte lui a permis d'assumer la « remise sur pied » dont elle avait besoin.

CONCLUSION

Personnalité peu structurée mais qui dispose de ressources suffisantes pour « s'en sortir ». Il y a lieu de penser que les grands-parents ont sécurisé la petite enfance et permis à l'enfant de prendre « un bon départ affectif ».

OBSERVATION N° 33. — Hélène, 20 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Le milieu d'origine est modeste. Ouvriers agricoles, les parents d'Hélène travaillent dur et depuis sa prime enfance la fillette connaît la valeur de l'argent. Le père, brave homme, ne peut finalement faire face aux échéances des fins de mois et épuisé se réfugie dans une tentative de suicide. La mère, personne geignarde, facilement mécontentée, ne sera pas, aux dires d'Hélène, un bon objet d'identification.

Hélène a un frère qui, plus jeune qu'elle, grandit sans problèmes. Peu à peu la jeune fille développe une forte culpabilité, estimant que c'est de sa faute si tout va mal et que si « elle ne travaille pas, papa se suicide ». Ce qui entraîne un besoin de travailler vite « pour gagner de l'argent » alors qu'Hélène ne peut pas toujours faire les efforts nécessaires et finit par être physiquement épuisée.

NIVEAU INTELLECTUEL

Le milieu est très modeste, et Hélène suit de nombreuses places sans rester longtemps dans chacune d'elles. Le niveau intellectuel est plus bas qu'on ne le penserait de prime abord.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Elle connaît un jeune homme depuis deux ans et voudrait se marier pour avoir un enfant bien à elle, « pour se confier à lui ». Mais le jeune homme décidant de mettre un terme à cette aventure sentimentale, c'est l'effondrement. Elle absorbe des comprimés de Gardénal.

Après être sortie du coma, elle présente une forte phase de culpabilité, de cette culpabilité qui est presque son mode d'existence affectif.

On notera lors de l'hospitalisation des inégalités dans son comportement ; elle est très influençable et dans un groupe se rallie volontiers à l'avis de la majorité, bien que gentille et attentionnée lorsqu'il s'agit de manger par exemple, elle prend la plus grosse part d'emblée. Par contre, elle cherche à évoluer et à quitter son milieu campagnard d'origine. Mais elle se sent profondément dévalorisée sur le plan social, familial et affectif et sa forte culpabilité réapparaît facilement.

E.E.G. Discrète asymétrie relative au détriment de l'hémisphère gauche avec anomalies irritatives paroxystiques en temporal gauche.

Après de nombreux entretiens psychothérapiques, elle semble moins anxieuse et considère sa tentative comme une réaction due à un état de fatigue intense.

Elle sort après avoir trouvé du travail.

Elle est suivie depuis par notre consultation externe et va aussi bien que possible.

CONCLUSION

Adolescente un peu fruste, immature et carencée affectivement, les fortes réactions de culpabilité invitent à surveiller l'avenir.

OBSERVATION N° 34. — Michelle, 17 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

La mère de Michèle, veuve très tôt, s'est remariée avec un mineur. Très vite cet homme se met à boire de plus en plus et déserte le foyer. Michèle a une demi-sœur plus jeune de 8 ans et dans ses antécédents on relève deux fugues l'année précédente.

NIVEAU INTELLECTUEL

La jeune fille est issue d'un milieu très modeste. Elle travaille bien au lycée, mais le quitte sur un coup de tête pour « gagner sa vie ». Elle reviendra faire une année de lycée de plus, « c'est moins fatigant », dit-elle.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Après une déception sentimentale, sur un coup de tête, Michèle absorbe du sirop de phénergan.

Il s'ensuit un coma sans gravité.

Elle déclare au cours de l'entretien « bien s'entendre avec ses parents ». Elle veut en fait cacher par pudeur l'aspect peu attachant de son beau-père envers qui elle est volontiers agressive.

Très immature, changeante et capricieuse, elle se détache vite du travail qu'elle entreprend. Son comportement vis-à-vis du lycée souligne autant son infantilisme que le manque d'autorité parentale.

Malgré tout, l'évolution paraît devoir être favorable grâce à une psychothérapie suivie régulièrement.

E.E.G. : accidents paroxystiques assez pointus et relativement suspects.

CONCLUSION

C'est le cas typique de carence d'autorité paternelle et familiale. L'insécurité est majeure et l'impulsivité le mode de réaction le plus courant.

OBSERVATION N° 35. — Chantal, 17 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Née de père inconnu, Chantal est élevée en milieu rural par sa mère. Elle grandit sans histoire, mais demeure très infantile. N'ayant eu aucune autorité dans son enfance, elle fait un peu « tout ce qui lui passe par la tête ».

Elle décide de se marier, malgré son jeune âge et surtout son immaturité affectivo-sexuelle. Elle épouse un brave berger qui garde les troupeaux en montagne durant l'été. Il emmène la jeune épousée avec lui. Mais le beau roman d'amour ne dure guère.

Très vite, Chantal s'ennuie et présente un ensemble de troubles vagues qui inquiètent beaucoup son mari et satisfont les exigences inconscientes de la jeune femme. Elle ressent des fourmillements, des tremblements des extrémités ; des envies impérieuses de marcher, de s'agiter, succèdent à des épisodes lipothymiques sans gravité.

NIVEAU INTELLECTUEL

Bon niveau. Mais la jeune femme est très infantile avec un comportement de séduction de petite fille en face de l'adulte. De plus des crises de colère soulignent ses caprices fréquents.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

A la suite de manifestations psycho-somatiques plus importantes qu'à l'accoutumée (céphalées, bourdonnements d'oreilles, tremblements, besoin de marcher), elle essaye de s'empoisonner avec des barbituriques. Elle est admise dans le service au sortir d'un coma sans gravité.

Tous les examens pratiqués à la recherche d'une participation somatique s'avèrent normaux, en particulier l'E.E.G. et l'examen cardio-vasculaire. Il n'y a pas de signes d'hypocalcémie.

L'hospitalisation la distrait. Elle se plaît dans le service et cherche à capter l'attention de l'entourage. On note l'apparition d'éléments phobiques mal systématisés qui seraient dus à l'appréhension de la survenue d'une de ses « crises nerveuses », qu'elle utilise d'ailleurs pour des satisfactions narcissiques. Après sa sortie elle est revue en consultation. Elle paraît mieux stabilisée et il semble que le temps aidant une maturation affective se dessine.

CONCLUSION

Personnalité infantile et immature avec quelques éléments cliniques hystériques. Recherche des compensations dans les bénéfices secondaires de la maladie.

OBSERVATION N° 36. — Monique, 18 ans.

ANTECEDENTS ET MILIEU FAMILIAL

Les parents, séparés depuis 1962, divorcent en 1964. Le père serait un éthylique violent qui terrorise la mère et les huit frères et sœurs... sauf Monique qui lui est très attachée et fait front avec lui contre le reste de la famille.

NIVEAU INTELLECTUEL

Placée à 15 ans comme employée de maison, après des études du niveau du C.E.P., elle s'entend bien avec ses patrons et fait preuve d'une bonne intelligence pratique.

HISTOIRE DE LA TENTATIVE

Il n'y a pas *une*, mais trois tentatives en fait. Les deux dernières sont les seules qui justifient l'hospitalisation (absorption d'Imménocet et état subcomateux sans problème de réanimation). Par contre, la jeune fille, en dehors de son problème familial parle assez volontiers d'elle et de ses tentatives qui semblent s'apparenter à des réactions inconscientes ou incontrôlées d'une personnalité immature.

Elle est adressée en post-cure dans un centre psychiatrique plus proche de sa famille.

E.E.G. : tracé subnormal sans anomalie pathologique.

CONCLUSION

Réactions impulsives et plus ou moins contrôlables chez une jeune fille immature affectivement, révélant une personnalité « psychopathique ».

CONCLUSIONS

Nous nous sommes efforcés de préciser les aspects particuliers du comportement suicidaire chez les adolescentes en étudiant les dossiers de trente six jeunes filles ou jeunes femmes ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide et hospitalisées dans le service de Neuro-Psychiatrie du Centre Hospitalier et Universitaire de Clermont-Ferrand.

Les conduites suicidaires deviennent de plus en plus fréquentes en effet et apparaissent surtout chez la jeune fille avec un maximum entre 16 et 20 ans. Passée cette période les tentatives sont beaucoup moins nombreuses puis disparaissent généralement.

Nous sommes convaincus du caractère illusoire de toute étude statistique, tant qu'il n'existera pas de groupes témoins permettant une comparaison fructueuse. Plus intéressante est l'étude de chaque cas « en profondeur », grâce à un bilan clinique et psychologique complet notamment par l'utilisation des tests projectifs.

Derrière le suicide se profile tout l'appel d'une personne humaine en détresse, qui, plus ou moins consciemment, utilise ce geste sur le plan du langage avec autrui, puisqu'aussi bien tout autre mode d'expression paraît impossible sur le plan de la communication. L'examen révèle, en effet, une immaturité affective profonde avec angoisse réactionnelle et insécurité majeure chez toutes les adolescentes. L'infantilisme est de règle et les réactions impulsives expliquent la futilité du motif invoqué pour justifier le geste suicidaire.

A part trois d'entre elles, aucune de ces jeunes filles ne présente d'affection psychiatrique au sens classique du terme. Il s'agit plutôt de « personnalité psychopathique » dans les cas les plus graves.

On retrouve la carence affective familiale au premier rang des facteurs étiologiques de ces troubles de la maturation affective et surtout le manque d'autorité dans la petite enfance, du fait de l'insuffisance éducative paternelle.

Les examens psychologiques indiquent que les conséquences de cette carence d'autorité sont, outre l'insécurité, l'angoisse et les perturbations de la structure même de la personnalité une absence remarquable d'images paternelles au Thematic Aperception Test.

Par ailleurs, à l'échelon de l'intégration de la notion du temps, se font jour des perturbations de ce que l'on peut, par analogie avec le schéma corporel, appeler le schéma temporel.

Vu :

Le 23 mai 1966

Le Président de Thèse,

M. POROT

Vu :

Le 23 mai 1966

Pour le Doyen, l'Assesseur,

H. COULET

Clermont-Ferrand, le 24 mai 1966.

N° 39/66

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur,

E. LAPALUS

BIBLIOGRAPHIE

- ACHILLE-DELMAS F. — Psychologie pathologique du suicide, Alcan, Paris, 1932.
- ANCONA L. CEJA-BIANCHI M., BOCQUET F. — L'identification au père en l'absence de modèle paternel. — Ann. Médic. Psychol., mai 1964, 1, n° 5, p. 863.
- BALSER B.-H., MASTEROW J.-F. — Suicid in Adolescents. — Americ Journ. of Psychology, 1959, 116. pp. 400-404.
- BARDENAT C., CORMAN M., OMMES A., PICHON C. — Les conduites suicidaires chez les femmes dans une région de l'ouest de la France. — Ann. Médic. Psychol., nov. 1963, 2, n° 4, pp. 489-521.
- BERGE A. — Propos aux parents et aux éducateurs, Aubier, édit. Montaigne, coll. L'enfant et la vie, 1961.
- BERGE A. — Troubles caractériels chez l'enfant. — Bull. de Psychol., 1962, IV, pp. 784-788 et 973-977.
- BLANC M., BOURGEOIS M., HENRI P. — Considérations sur 500 tentatives de suicide hospitalisées en trois ans au C.H.R. — Ann. Médic. Psychol., 1964, 2, N° 2, p. 266.
- CAPLAN et LEOVICI. — Psychiatry approaches to adolescence. — Excerpto Medica Foundation, 1966. Louvain.
- CERNY L., MECIR K. — Suicid bei älteren und Jungeren Kindern. — Acta Paedopsychiatrica, 1962, pp. 29-55.
- DEBESSE. — La crise d'originalité juvénile. — P.U.F., Paris, 1948.
- DESHAIES G. — Psychologie du suicide. — P.U.F., 1947.
- DELAY J. — Les dérèglements de l'humeur. — P.U.F., Paris 1946.
- DINTZER. — Le jeu de l'adolescence. — P.U.F., Paris, 1946.
- DUCHE J. — Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. — La Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. — La Psychiatrie de l'enfant, P.U.F., 7-1, 1964, pp. 1-114.
- DURKHEIM Emile. — Le suicide - Etude sociologique. — Alcan, Paris, 1936.
- ESQUIROL E. — Des maladies mentales, 2 vol., Baillière, éd., 1938, 1, pp. 526 et suiv.
- FAU R. et MACHU. — A propos des troubles du caractère chez l'enfant. Ann. Médic. Psychol., avril 1964, 4, pp. 648.
- FAU R., CHATEAU R. et MACHU M. — Le suicide chez l'adolescent. A propos de 23 observations médico-psychologiques. — Ann. Médic. Psychol., 1, N° 1, pp. 1-20.
- FLUGEL J.-C. — The psychoanalytic study of the family. The Hogarth. Press. London, Ed., 1948, 1 vol. 260 p.

- FOUCAULT M. — Introduction (p. 113) au Rêve et à l'Existence de L. Bingswanger. — Desclée de Brouwer, 1954.
- FOOLAN, JAMES M. — Suicide and suicidal attempts in children and adolescents. — Amer. Journ. of Psychiatry, 1962, 118, pp. 8-11.
- FRIEDLANDER K. — La délinquance juvénile. — P.U.F., Paris, 1951.
- GAULTIER M., FOURNIER E., GORCEIX A. et ZIMBACCA N. — Etude clinique et statistique d'un groupe de mineurs suicidants. — Sem. Hôp. de Paris, 1963, 39, pp. 2375-2384.
- GAULTIER M., FOURNIER E. et GORCEIX A. — A propos de 47 cas de tentatives de suicide chez les adolescents. — Hygiène Mentale, 1961, 49, pp. 363-369.
- GIORDA R. — Suicidio di un unidicenne : tentative di interpretazione. La dinamica del suicidio. — Roma, 1960, Coll. Monografica Zacchia, pp. 7-20.
- GORCEIX A. — Le suicide, l'adolescent et le poison. — Sem. des Hôp. de Paris, 1963, 39, pp. 3271-3274.
- GUERX G. — La névrose d'abandon. — P.U.F., Paris, 1950.
- HAIM A. — Le suicide chez les mineurs adolescents. — Hygiène Mentale, 1964, 53, pp. 49-68.
- HAIM A. — Les suicides d'adolescents. — La Revue de Médecine, mai 1964.
- HALLBWACHS Maurice. — Les causes du suicide. — Alcan, Paris, 1930.
- HESNARD A. — Psychanalyse du lien interhumain. — P.U.F., 1957.
- HEUYER G. — Enquête sur le pronostic des troubles caractériels chez l'enfant. C.R. du 1^{er} Congrès mondial de Psychiatrie, VII. — Paris, Hermann, 1952, pp. 15-17.
- KOUPERNIC C. — Les colères chez l'enfant. — La Vie Médicale, N° spécial Noël 1961, pp. 42-47.
- LACAN J.-M. — La Famille. — Enc. Fr., Paris, 1936, t. VII, fasc. 40 et 42.
- LAFON R. — Psychopédagogie médico-sociale. — P.U.F., Paris, 1950.
- LAFON R. et Coll. — Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant. — P.U.F., Paris, 1960.
- LAUNAY C. et COL C. — Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent. — Revue du Praticien, fév. 1964, 14, pp. 619-626.
- LE MOAL P. — Suicide, chantage au suicide chez l'enfant. — Thèse médecine, Paris, 1964.
- LE MOAL P. — Les suicides d'enfants et d'adolescents. — Revue du Droit Canonique, 1951, pp. 419-431.
- LEREBoullet J., POISSON M. — La fréquence actuelle des tentatives de suicide. — Bull. et Mém. Société Médicale des Hôp. de Paris, 1963, 114, N° 7, pp. 591-596.

- LEVY-VALENSI E. — Le temps dans la vie psychologique. — Flammarion, Nouvelle Bibl. Scientifique.
- LOISELLE. — La tentative de suicide. — Thèse, Paris, 1963.
- MALE et GREEN A. — Les prépsychoses de l'adolescence. — *Evolution psychiatrique*, 1958, 2, pp. 323-375.
- MAUCO G. et RAMBAUD P. — Le rang de l'enfant dans la famille — *Rev. Fr de Psychanalyse*, avr.-juin 1951, 11, pp. 253-260.
- MENUT G. — La dissociation familiale et les troubles du caractère chez l'enfant. — Editions Familiales de France, 1944.
- MICHAUX L. — Introduction à l'étude des enfants caractériels. — *La Clinique*, nov. 1962, N° 577, pp. 589-590.
- MICHAUX L. et DUCHE J. — Nosographie et étiopathogénie des troubles du caractère chez l'enfant. — II^e Congresso Europea di pedopsichiatria Assisi tipografia porziuncola, 1963, pp. 11-39.
- MICHAUX L. et Coll. — Psychiatrie infantile. — P.U.F., Paris, 1950, 1 vol, 224 p.
- MILLS. — Suicides and Homicides in their relations to Weather Changes. — *Americ. Journal of Psychiatry*, 1934, pp. 669.
- MINKOWSKA Fr et MINKOWSKI E. — La psychopathologie infantile et le test de Rorschach. — *Evol. Psychiatric*, 1947, fasc. III, pp. 65-133.
- MOUREN P., TATOSSIAN A., BLUMEN G. et GUIN P. — La tentative de suicide du sujet jeune. — *Ann. Médic. Psychol.*, janv. 1966, N° 1, pp. 1-16.
- PICHON (E.). — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent, Masson, 1966, 1 vol., 378 p.
- POROT A. et Coll. — Manuel alphabétique de Psychiatrie. — P.U.F., Paris, 1960.
- POROT M. — L'enfant et les relations familiales. — P.U.F., Paris, 1963, 1 vol. 260 p.
- POROT M. et SEUX J. — Les adolescents parmi nous, Flammarion, Paris, 1964. 1 vol., 218 p.
- POROT M., COLLET J., GIRARD J., JEAN C. et COUDERT A.-J. — Le suicide des adolescents (note préliminaire). — *Revue de Neuropsychiatrie Infantile*, sept. 1965, 9, pp. 647-650.
- QUIDU M. — Séméiologie de la conduite suicidaire. — *Encycl. Médic Chimy-Psychiatrie*, T.I. 37, 140, 610.
- QUIDU M., CAPITAINE J.-J., HULLIN R., RABARDEL J. et SALINGER R. — Réflexions sur la conduite suicidaire dans un service ouvert. — *Ann. Médic. Psychol.*, 1964, II, N° 3, pp. 333-334.
- RAMBERT (M.-L.). — La vie affective et morale de l'enfant. — Delachaux et Niestlé, éd., Neuchâtel, 1945, 1 vol. 166 p.
- RAYMONDIS L., SCHEKTMAN Y., MORIN P., GAYRAL L. — Une enquête psycho-sociale sur les tentatives de suicide et son exploitation statistique. *Ann. Médic. psych.*, 1965, 1, N° 4, pp. 563-607.

- ROCHE L., BOURRAT, DEUX. — Conduite suicidaire chez 239 mineurs traités au service des poisons durant 24 mois. — Sté Nat. méd. et Sté méd. Lyon. Séance du 11 mars 1964, analysé in Pr. Médic. N° 28, 6 juin 1964, p. 1679.
- ROUDINESCO J. et APPEL G. — Sem. Hôp. Paris, 1950, N° 26, p. 2271.
- SAULNIER J. — La tentative de suicide - La prévention - sa post-cure. — La Revue du Praticien, 1965, 15, N° 30, pp. 3959-3968.
- JERIN Suzanne. — Les suicides d'adolescents. — Journ. des Femmes Médecins, sept.-oct. 1965, pp. 19-27.
- SCHACHTER M. — Examen critique et contribution à l'étude du suicide, des tentatives de suicide et des états suicidaires. — Journ. de Méd. de Lyon, mars 1959.
- SCHACHTER M. et COTTE J. — Les tentatives de suicide chez les jeunes. — Jud. Méd. et chir., 1962, p. 2489.
- SPITZ (R.-A.). — Hospitalisme - Sauvegarde, 1949, 4, N° 36, pp. 6-33.
- SPITZ (R.-A.) et WOLF. — Hospitalisme - Dépression anaclitique. — The psycho-analytic study of the child, vol. 1, 1945 et II, 1946.
- SPITZ (R.-A.). — L'évolution de l'affectivité pendant la première année. — Sauvegarde, 1949, 4, pp. 48-55, N° 31.
- SUTTER J.-M., SCOTTO J.-C., FUMAROLI P. et KERBOL D. — Incidence du syndrome de carence d'autorité dans les psychoses de l'adulte. — Ann. Médic. psych., mars 1964, 3, p. 471.
- SUTTER J.-M., LUCCIONI H. et SCOTTO J.-C. — Suicide et carence d'autorité. — Hyg. mentale, 1964, 53, N° 6, pp. 197-203.
- SUTTER J.-M., LUCCIONI H. — Le syndrome de carence d'autorité. — Ann. Méd. psychol., 1957, 1, pp. 897-901 et Rev. Neuro-Psy. Infant., 1960, 7, pp. 115-129.
- SUTTER J.-M., LUCCIONI H. — Le syndrome de carence d'autorité dans le cadre des troubles caractériels de l'âge évolutif. — Communication au 11^e Congrès Européen de Pédopsychiatrie, Rome, 1963.
- SUTTER J.-M. — Note préliminaire sur les carences d'autorité. — Pédiatrie, Lyon, 1957, 18, pp. 77-79.
- SUTTER J.-M. — Genèse et manifestation du syndrome de carence d'autorité. — Maroc Médical, 1958, N° 392, pp. 5-8.
- SZYMANSKA Z. et ZELAZOWSKA S. — Suicide et tentative de suicide des enfants et des adolescents. — Rev. de Neuro-psych. infant., déc. 1964, 12, pp. 715-740.
- THIBAUT Ph. — Les conduites suicidaires des mineurs de 13 à 21 ans. — La Pr. Médic., nov. 1965, 73, N° 48, p. 2782.
- VEDRINE J. — L'intoxication aiguë volontaire. — Coll. de Méd. Légale et de Toxic. Médic., Masson, 1966.
- VEYLON R. — Télévision et suicide d'enfants. — Pr. Méd., mai 1962, 70, N° 23, p. 1176.
- VIDAL G. et B. — Les troubles caractériels de l'enfant et de l'adolescent. — Synthèses cliniques, Garnier, éd., 1964, N° 32.
- ZIMBACCA N. — Le suicide chez l'adolescent. — Le Concours Médical, 4 sept. 1965, pp. 4991-4997.

TABLE DES MATIÈRES

PROBLEMES SOULEVES PAR LE SUICIDE	10
PROBLEMES SOULEVES PAR LES SUICIDAIRES	18
TABLEAUX ANALYTIQUES	24
DISCUSSION	29
LES ADOLESCENTES	29
LES TENTATIVES DE SUICIDE	35
LES FAMILLES DES SUICIDAIRES	43
L'ENQUETE PSYCHOLOGIQUE	51
OBSERVATIONS	61
CONCLUSIONS	105
BIBLIOGRAPHIE	107

